Klaus Feldmann

Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid.
Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie.

Hannover/Wien 2015

work in progress (kritische Stellungnahmen und Anregungen erwünscht)
Wer schneller die Botschaften erfassen will, sollte die ***Kurzfassung*** *lesen.*[1]

Version 266 [2]

---

[1] Kurzfassung (43 Seiten): http://www.feldmann-k.de/texte/thanatosoziologie/articles/sterben-sterbehilfe-toeten-suizid.html?file=tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/sterben_sterbehilfe_toeten_suizid_kurzfassung.pdf
Stark vereinfachte Kurzfassung (28 Seiten): http://www.feldmann-k.de/tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/Sterben%20Sterbehilfe%20Toeten%20Suizid%20kurzfassung%20populaer.pdf

[2] Neueste Version: www.feldmann-k.de. Übrigens empfehle ich, die Anmerkungen zu lesen.

Vorrede

1. Teil
Bewohner der Osterinsel haben jahrhundertelang nicht nachhaltige Lebensmehrung verbunden mit *nachhaltiger Lebensminderung* betrieben, jedoch nur lokal, auf die Osterinsel beschränkt. Sie waren erfolgreich – das Projekt ist abgeschlossen (vgl. Diamond 2005). Übrigens könnte man auch sagen, dass die Bewohner der Osterinsel ein gutes Beispiel für die Kultivierung des kollektiven Suizids als unbeabsichtigte Nebenwirkung der unreflektierten Kultivierung liefern.
Im 20. und 21. Jahrhundert wurde und wird lokal und global spezifische Lebensmehrung – ob nachhaltig oder nicht nachhaltig wird von den Urteilen künftiger Beobachter abhängen – verbunden mit nachhaltiger Lebensminderung betrieben, wobei es sich um einen Wachstumsbereich mit unsicherem Ausgang handelt.
Was hat dies mit *Biothanatologie*[3], Sterbehilfe, Palliativmedizin, Suizid und Mord zu tun? Zu den Aufgaben der Biothanatologie gehört die inter- und transdisziplinäre Beschreibung, Erklärung und Prognose von Lebens- und Sterbegestaltung auf allen Ebenen. Die semantischen Felder leben, sterben, Lebensverlängerung und –verkürzung, töten, Selbstmord etc. und ihre Nutzer erhalten durch brauchbare biothanatologische Texte energetische Impulse, damit sie, die Nutzer und die kommunikativen Netzwerke, Leben und Sterben reflexiv kultivieren können.

2. Teil
In diesem Text werden häretische und unorthodoxe Gedanken und Theorien thematisiert[4]. Die orthodoxen Gemeinden, d.h. Professoren, Wissenschaftler, Funktionäre, Journalisten, Politiker, Intellektuelle und andere öffentliche Sprecher, gehen heute mit häretischem[5] und unorthodoxem Gedankengut primär durch Totschweigen (Silencing) oder gelegentlichem verzerrtem Darstellen in der Peripherie um. Der direkte Kampf gegen Häresie wird nur dann geführt, wenn der Kampf und der erwartete Gewinn ausreichend profitabel erscheinen. Die meisten Orthodoxien erscheinen heute nicht als Orthodoxien, sondern in pluralistischen, wissenschaftlichen, medialen und modischen Gewändern.

Wenn man folgende fünf Stufen der Produktion und Rezeption von todesbezogenen Texten bildet: Hochwissenschaft, Mittelwissenschaft, Populärwissenschaft, normale Populärtexte, niedrige Populärtexte, dann lässt sich folgende These aufstellen, die leider wenig Prüfchancen hat, da die Hauptfeldwebel in den Verwaltungen der Forschungsmilliarden diese Prüfung nicht zulassen werden:
These 0: Je höher man in diesen Textfeldern aufsteigt, umso wirksamer werden Häresien ausgemerzt.

[3] *Biothanatologie*, ein bisher weder im Deutschen noch im Englischen in diesem umfassenden Sinn verwendeter Begriff – der geringe Durchsetzungschancen hat – bedeutet hier: Interdisziplinäre Wissenschaft vom Leben und Sterben von Menschen und evtl. anderen Lebenselementen. Diese Wissenschaft ist bisher nur in Ansätzen entwickelt worden, d.h. es gibt weltweit keine exzellenten Netzwerke. Biothanatologie könnte als inter- und transdisziplinär (pluralistisch normativ) orientierte Sozialwissenschaft konzipiert werden. Damit ist keine Monopolisierung der Bearbeitung des Themas verbunden, denn selbstverständlich können und sollen biothanatologische Themen in allen Wissenschaften und Diskursfeldern bearbeitet werden.
[4] Selbstverständlich gibt es in den Sozial- und Kulturwissenschaften und in Medienbereichen periphere Spielfelder, in denen Ortho- und Heterodoxien und Häresien aufeinandertreffen. Die hier geäußerten Häresien stoßen allerdings auch in diesen Spielfeldern auf implizite Orthodoxien der soften Art.
[5] Der Begriff Häresie wird im Deutschen fast nie in dem hier gemeinten Sinne gebraucht. Offensichtlich halten sich die öffentlichen Sprecher und Schreiber an die Sprachorthodoxie, d.h sie schränken den Gebrauch auf die vorgeschriebenen historischen Zustände ein (vgl. Google Scholar).

Einleitung

In diesem Text finden Sie humanwissenschaftliche Analysen und Denkanregungen zu Sterben und Tod und vor allem Belege für folgendes *vorläufiges Ergebnis*[6] meiner bisherigen Arbeiten:
Aspekte der derzeitigen Lebens- und Sterbeordnung, die politisch und ökonomisch gesichert und durch die dominanten Diskurse (Medien, Wissenschaft und Religion) legitimiert wird, behindern gesellschaftliche und individuelle Entwicklung und Kultivierung, stützen Privilegienstrukturen und bewirken unnötig viele Verletzungen von Menschen, Lebensminderung, Tötung und Folter.[7] Abweichungen von der ‚natürlichen Sterbeordnung', die durch Staat, Recht, Medizin und Religion überwacht und geregelt wird, werden kriminalisiert und pathologisiert, d.h. Abweichler werden stigmatisiert, erniedrigt, depersonalisiert, ‚behandelt', modifiziert, wenn möglich – normalisiert oder sozial und körperlich exkludiert.

Und etwas persönlicher und bizarrer:
Was die edlen Exzellenzen im lukrativen Biothanatofeld nicht thematisieren und damit wahrscheinlich mitstützen, ist die Weltgesellschaft des verfeinerten Sadismus und der krebsartig wachsenden Distinktion – moralisch-ethisch-rechtlich-ökonomisch-kulturell gut gepolstert.

Tausende empirische Untersuchungen über Sterben, Sterbehilfe, Suizid und end-of-life-decisions verändern die Basislage nicht: die herrschenden Sterbe- und Todesdiskurse werden von Interessen, Kapital, Ideologien, Stereotypen, Technologien und Habitus-Feld-Spielen bestimmt. Doch empirische Untersuchungen können zur Falsifikation der von den Doxawächtern (Meinungsführern) permanent wiederholten Klischeeaussagen dienen. Allerdings werden die Forscher kontrolliert und zensiert, in der Regel über Selbstkontrolle und –zensur, so dass nur wenige Studien einen mittleren bis hohen Erkenntniswert besitzen.

Als kritischer[8] Sozialwissenschaftler argumentiere ich auch explizit ‚reflexiv normativ'[9]:
Eine Liberalisierung, Humanisierung und Kultivierung der Regelungen und Praktiken der Sozialisation und Erziehung[10], der aktiven Sterbehilfe, des Suizids, der Beihilfe zum Suizid und der Patientenverfügungen würde eine Verbesserung der gesellschaftlichen Lage bewirken, nicht nur der Lebens- und Sterbequalität einiger weniger Menschen[11]. Das ‚andere Sterben', z.B. in unterentwickelten Ländern und Regionen, und die globalen Netzwerke der Lebensmehrung und –minderung werden bei der Fokussierung auf von westlichen Experten empfohlene Sterbeweisen normalerweise ausgeblendet. In dieser thanatologischen Schrift werden sie

[6] Das bedeutet: Ich habe Falsifikationen und Bestätigungen der Hypothesen geprüft und zu einem für viele verständlichen Ergebnis ‚verrechnet'.

[7] ‚Paradoxerweise' stellt sich diese Lebens- und Sterbeherrschaft in der gesteuerten Medien- und Wissenschaftsöffentlichkeit meist als alternativloser Gipfelpunkt und als Bollwerk der Humanität, der Menschenfreundlichkeit und der Exzellenz dar. Kritik wird nicht an der gesellschaftlichen Lebens- und Sterbeordnung, sondern nur an der quantitativen Verwirklichung der allein seligmachenden Konzeptionen geübt: mehr Hospize, mehr Palliativstationen, mehr Organverpflanzungen, Lebensverlängerung für die Privilegierten, mehr Sicherheitskräfte, bessere Gettos für die Reichen und ihre Lakaien, wirksamere Grenzkontrollen etc.

[8] „An die Stelle von Kritik tritt Beobachtung" (Bolz 1997, 147). Kritik kann und sollte mit Beobachtung verbunden sein – und umgekehrt. Doch wer die ‚reine' Kritik oder die ‚reine' Beobachtung wünscht, möge dieses Ziel anstreben.

[9] Honneth, Baecker referierend, sagt, „dass die Soziologie … die Aufgabe eines reflexiven Perspektivismus hat … bei strikter normativer Enthaltsamkeit" (in: Bude/ Willisch 2008, 48). Diese (von Luhmann?) empfohlene Aufgabenstellung, ist zwar nicht erfüllbar, jedoch ehrenhaft und verleiht professionelle Weihen.

[10] Krankenhäuser, Heime und andere Gesundheitsorganisationen besorgen die ‚Erziehung' der Kranken, ähnlich inkonsistent, ambivalent, entmündigend und ungleichheitserzeugend wie Schulen.

[11] In der Öffentlichkeit wird diese These nicht diskutiert, sondern es werden fast nur Beiträge angeboten, in denen die Gegenthese ohne ausreichende Belege als wissenschaftlich gesichert oder bewiesen dargestellt wird.

grundsätzlich eingeblendet[12]. Denn *nachhaltig* bedeutsamer als die derzeitigen Palliativ-, Hospiz- und Sterbehilfe-Debatten[13] sind öffentliche herrschaftssensible Diskurse, wissenschaftliche Untersuchungen, innovative Vernetzungen, rechtliche, politische und ökonomische Regeländerungen[14] im Dienste einer Verbesserung der lokalen und globalen Lebenschancen.[15] Die hier vertretene Biothanatologie zielt folglich auf eine Vernetzung verschiedener Bereiche: theoretische und semantische, institutionelle und organisatorische und kulturelle Ebenen, Felder und Netzwerke.

Die folgenden Argumente führen nicht in die spezifischen Themen dieses Textes ein, sondern beschreiben und analysieren professionelle und akademische Elfenbeinstürme.

Kritische Wissenschaft und kritisches Denken

Auch in einer pluralistischen modernen Gesellschaft gibt es viele Felder, in denen die *doxa*[16] orthodoxe und selbstverständliche Weltsichten, Stereotype, Vorurteile und Propaganda stützt und Alternativen verdrängt und unerwünschte Diskurse zum Schweigen bringt. Dies gilt nicht nur für Medien, Politik, Religion und Ökonomie, sondern auch für die Wissenschaft. WissenschaftlerInnen, Forschungsthemen und -mittel werden in der Thanatologie, Suizidologie, in der Palliativmedizin und in den Dementia Studies in der Regel instrumentalisiert, um normative Konzeptionen im Interesse herrschender Gruppen und Organisationen durchzusetzen. Butler (1990) variierend kann man von der ‚Todesmatrix‘ und der ‚Demenzmatrix‘ sprechen, der dominanten Form des öffentlichen Denkens, Sprechens und Schreibens über Sterben, Tod, Suizid, Töten, Identitätsverlust, Würde, Solidarität, Selbstbestimmung, Demenz etc. Das ‚natürliche Sterben‘, die Demenzreise mit Rücktrittsverbot, das Totschweigen und Exkludieren der Lebensminderung im globalen Maßstab und als Reflexionsersatz rangabgestufte Unterhaltungs- und Diskursangebote wurden im Konsumentenbewusstsein erfolgreich verankert.
Kritische Wissenschaft und kritisches Denken eröffnen Chancen für Heterodoxie, Reflexion, Kreativität, Systemdenken, Ballastabwurf, Befreiung von der auratischen Beklemmung durch FührerInnen etc. Kritische Wissenschaft ist ein wichtiges Mittel, um symbolische Gewalt nicht ungehemmt wachsen zu lassen, denn die Normalwissenschaft verläuft partiell dogmatisierend bzw. sie immunisiert wichtige Formen der Kritik. Kritische Wissenschaft weist auf blinde Flecken, Herstellung von Fehl- und Unwissen etc. hin. Allerdings werden diese kritischen Hinweise in herrschenden Diskursen ignoriert oder abgewiesen. Eine Hypothese: Anerkannte Lebens- und TodeswissenschaftlerInnen sind nicht dankbar, wenn sie auf große Todes- und Sterbespekulanten und -produzenten hingewiesen werden, deren Leistungen sie bisher in ihren Analysen vernachlässigt haben, z.B. die Commodities Futures Trading Commission der USA, Akteure auf Warenterminbörsen, Regierungen von Herrenstaaten, Konzernleitungen und Funktionäre religiöser Organisationen.

Liegen die kritische Wissenschaft[17], die kritische Soziologie, die kritische Psychologie, die kritische Thanatologie etc. im Sterben bzw. sind sie schon mausetot?[18] Darauf gibt es viele

---

[12] Allerdings schließt der Text an die derzeitigen Diskurse an und vermag deshalb nicht eine befriedigende Inklusion der ausgeblendeten Bereiche zu bieten.

[13] Diese öffentlichen Debatten sind sozialwissenschaftlich unterentwickelt.

[14] Damit ist u.a. gemeint, dass es nicht nur um einige wenige Gesetze, die Tötung auf Verlangen etc. betreffen, geht, sondern u.a. um die Demokratisierung und Humanisierung der Rechts- Politik- und Wirtschaftssysteme der zivilisierten Staaten.

[15] Ein gutes Beispiel: Thomas Pogge (2005, 2009), sein Forschungsprogramm *Human Rights and Global Health* und der *Health Impact Fund*.

[16] *Doxa*, ein griechischer Begriff, wird hier im Sinne von Bourdieu verwendet: selbstverständliches Alltagswissen, fraglos akzeptierte Weltanschauung, unreflektierte Wahrheit, herrschende Meinung.

[17] Vgl. Feldmann (2009, 22 ff). In der kritischen Wissenschaft sind nicht so brillante Wissenschaftler tätig wie in der Rüstungsindustrie, der Sicherheitsökonomie und der Lakaienabteilung der Finanzaristokratie und vor allem erhält sie kaum Ressourcen.

[18] „Der heutige Leser glaubt nicht daran, was in einem Text wie auch in allen anderen Medien steht, und hat nicht einmal vor, daran zu glauben – gerade deswegen hat er auch keine Veranlassung, diesen Text oder diese Medien zu kritisieren“ (Groys 2009, 14). Dies ist vielleicht ein Pol: spielerisch, skeptisch, dekonstruktiv, mobil. Der andere kritische Wissenschaft ableh-

Antworten, z.B. Google[19]. In Google bzw. Google Scholar gibt es keine Treffer für „critical thanatology“ oder „kritische Thanatologie“[20] oder „reflexive Thanatologie“[21]. Unter dem Schlagwort „Thanatologie“[22] findet man bei Google (ca. erste 50 Einträge) einige kurze Lexikonartikel und vor allem Homepages von Bestattern, d.h. die *Wissenschaft* hat den Begriff und auch das Thema vernachlässigt. Im englischen Sprachraum ist die Situation nur ein wenig besser: Es gibt immerhin einige Angebote von Hochschulen, die wahrscheinlich auf die weitergediehene Professionalisierung von Bestattern in diesem Teil der Welt zurückzuführen sind.

Die Thanatologie hätte wie die inzwischen in Deutschland allerdings abgewickelte Sexualwissenschaft in den 1960er u 1970er Jahren Chancen für eine relativ eigenständige und symbolisch gewaltfreie Entwicklung gehabt, doch sie stand nicht im Blick der jungen Rebellen, der Reformer der Wissenschaft und der Hochschulen. Die gegen das institutionalisierte Sterben gerichtete Protestbewegung wurde primär von konservativen Kreisen getragen und dann schnell von der der organisierten Religion und schließlich der Medizin vereinnahmt und deren Interessen angepasst. Die kreativen Möglichkeiten der wissenschaftlichen thanatologischen Forschung sind aus dem Zentrum des real existierenden Sterbens auf Randgebiete der modernen Gesellschaft umgelenkt worden: Medien, Kunst, Umgang mit Leichen, Bestattung etc. Von mächtigen Spielern in Politik, Religion, Medizin etc. wurde bisher erfolgreich verhindert, dass ein multiperspektivisches wissenschaftliches Thanatologiefeld[23] in der modernen Gesellschaft bzw. in der EU entsteht[24]. Stattdessen werden wichtige thanatologische Bereiche unter verschiedenen Labels primär in medizinischen Feldern und sekundär in der organisierten Religion, im Recht und in der Wirtschaft ‚gepflegt’. Vor allem die Hospizbewegung und ihre lenkende Partnerin Palliativmedizin haben den derzeitigen Hauptteil der Thanatologie, Abteilung Prämortalität, ‚erobert’ bzw. die marode Firma übernommen. Die traditionellen Besitzer von thanatologischen Lizenzen und Territorien, Religion, Recht und Politik, wirken im Planungsstab dieser ‚Institution’ mit, die vom Staat, den Medien und anderen Machtträgern gut mit ökonomischem und symbolischem Kapital ausgestattet wurde. Palliativmedizin kann als „Ausweitung der medizinischen Kampfzone“ (Viehöfer 2011, 181) und als „Entgrenzung von Therapie“ (Wehling/ Viehöfer/ Keller/ Lau 2007, 554 f) gedeutet werden. Die ProfessorInnen der Palliativmedizin bilden neben den Spitzenunternehmern der Heilkunst (Chirurgie, Transplantation etc.) einen zweitrangigen mit „pastoraler Macht“ ausgestatteten „Klerus der Heilkunst“ (Foucault 2002, 49). Die vom sterbenden Subjekt geforderte konformistische Selbstvermachtung und Selbstformierung wird durch autoritäre Techniken der Macht und der Disziplinierung hergestellt, unter Unterstützung der Politik und des Strafrechts.

So könnte man vermuten, dass Thanatologie kein eigenständiges wissenschaftliches Feld ist, sondern ein hybrides Gebilde, das durch seine Abhängigkeit von mächtigen Institutionen und Subsystemen instrumentalisiert und in kollektiven Kämpfen gestaltet bzw. verstümmelt wird[25].

---

nende Pol ist dagegen superernsthaft, evidenz-fixiert, autoritär, exzellent, gravitätisch, quasi-fundamentalistisch. Beide Pole harmonieren, wenn ‚business as usual’ läuft.

[19] Eine Recherche zeigt, dass kritische (Sozial)Wissenschaften international recht lebendig sind.

[20] Inzwischen gibt es einen Treffer! Ist dies ein Beweis der Existenz einer kritischen Thanato(sozio)logie?

[21] „Reflexiv“ dient der Distinktion, ist ein Zauberwort, das Giddens, Beck, Bourdieu u.a. verwenden. Einerseits ist „reflexive Wissenschaft“ eine Tautologie, andererseits schadet es der Karriere von Wissenschaftlern, wenn sie hochwertige Reflexivität häufiger praktizieren, d.h. exzellente Reflexivität ist ein seltenes Gut in den Wissenschaften.
Google: Kritische Wissenschaft 185000, reflexive Wissenschaft 604, Kritische Soziologie 294000, reflexive Soziologie 1530. Google Scholar (26.4.2012): reflexive sociology 9350, critical sociology 11500, reflexive psychology 49, critical psychology 6050, suicidology 9080, critical suicidology 0, reflexive suicidology 0, critical psychiatry 903, reflexive psychiatry 1.

[22] Thanatologie wird nicht einheitlich definiert. Es gibt z.B. sehr eingeschränkte Definitionen: „Unter ‚Thanatologie’ (griech. thanatos = Tod) versteht man die Wissenschaft von den Ursachen und Umständen des Todes“ (Madea/ Dettmeyer 2007, 68).

[23] Feld: nach Bourdieu ein Teil des sozialen Raumes mit eigenen Zielen und Regeln, Kapitalausstattung, Fähigkeit zur Habitusformierung und begrenzter Autonomie (vgl. Rehbein/ Saalmann 2009).

[24] Die Verhinderung geschieht vielfältig, z.B. durch die Form der Sozialisation und die Selektion von HochschullehrerInnen in den für die Thanatologie bedeutsamen Disziplinen.

[25] In der weiteren Argumentation wird allerdings die Annahme beibehalten, dass Thanatologie ein Wissenschaftsbereich ist. Auch kritische Wissenschaftler dürfen sich nicht zu weit vom Schwarm entfernen.

Palliativmedizin und Medizinethik als neue interdisziplinäre Bereiche niedrigen Ranges innerhalb des mächtigen Medizinfeldes sind für die wissenschaftlich legitimierte Ausgrenzung, Neutralisierung und Entwertung von ‚medizinfremden' und –kritischen Sterbediskursen zuständig.[26] Durch diese institutionellen Regelungen soll vermieden werden, dass pluralistische wissenschaftliche und öffentlichkeitswirksame Tätigkeiten (Vorstellungen der) Herrschaftsverhältnisse destabilisieren.[27] Konforme Forschung und medialisierte Wissenschaft dienen zur Legitimation der Grenzsetzungen, der Exklusion des ‚Unwissenschaftlichen', des ‚Nicht Korrekten', der Aktivitäten, die nicht den ‚Standards' entsprechen (vgl. Publikationen zur Palliativmedizin, Pflegewissenschaft, Ethik, vor allem Medizinethik, Suizidologie etc.).[28] Man kann vermuten, dass Konformität, doxa-Hörigkeit, Standardisierung und Staats- und Medizinabhängigkeit vielen thanatologischen ArbeiterInnen nicht auffällt, da der verbleibende Freiraum ihren Gewohnheiten entspricht und bereits zu komplex ist. Einen Hinweis auf die Komplexität der Thanatologie liefert folgendes nur auf die Soziologie bezogenes Zitat:

> "I have argued in this article that contemporary death practices are shaped by a range of sociological factors – the division of labour, migration, rationality, inequality, risk, information technology, institutions, individualism/collectivism, religion, secularization, boundary regulation, expressivism, status hierarchies, and global flows" (Walter 2012, 138 f).

Warum und für wen könnte eine *kritische reflexive multiparadigmatische*[29] *Thanatologie* nützlich sein? Die explizit und implizit normativen Schriften zu Sterben und Tod liefern zwar viele in der Regel nach Vorschrift bearbeitete Informationen, dienen jedoch manifest und latent der Aufrechterhaltung von sozialen und ökonomischen Strukturen, Ausbeutungssystemen, Privilegien, Herrschaftssemantiken und kulturellen Selbstverständlichkeiten und deren Thematisierungskontrolle. Eine offene kritische Thanatologie erschließt Freiheitsspielräume, da sie auf Rahmensetzungen aufmerksam macht, sie ist zwar konfliktorientiert, muss aber keineswegs in den Gefilden des Neo-Marxismus, der kritischen Theorie, der politischen Ökonomie oder eines sonstigen ‚Paradigmas' arbeiten.[30] Eine kritische sozialwissenschaftliche Thanatologie bezieht Herrschafts- und Institutionenanalyse[31], Ideologiekritik[32], Wissens- und Wissenschaftsforschung und Theorien der sozialen Ungleichheit in ihre Untersuchungen ein.

In diesem Text folge ich in gemäßigter Form den radikalen Vorschlägen von Luhmann: „Mit ‚Theorie' kann sehr Verschiedenes beabsichtigt werden. Die folgenden Überlegungen akzeptieren für diesen Begriff keine epistemologischen Richtlinien, geschweige denn eine aus me-

---

[26] Ein Beispiel: Der 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2010 hat das selbstbestimmte Sterben, zu dem notwendigerweise Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe gehören, ‚ausgespart', und stattdessen periphere und konforme thanatologische Themen angeboten.

[27] Gewiss ist die Palliativmedizin in gesamtgesellschaftlichen auf Leben und Tod bezogenen Herrschaftsspielen und ihrer Illusionsbildung ein kleines Licht, unbedeutsamer als Wirtschaftsprozesse und Medialisierung. Ihre Bedeutung liegt in der Absicherung medizinischer Biothanatoterritorialität.

[28] Folglich betreibt kritische Wissenschaft die Delegitimierung ‚bewährter' Ideologien und Praktiken, wirft neue Rahmungen auf periphere Märkte und fördert eine Veränderung der Diskurs- und Akteurskoalitionen von Minderheiten.

[29] Kneer und Schroer (2009) stellen die Soziologie in ihrer ‚Selbstbeschreibung' als multiparadigmatisch dar. Dies gilt umso mehr für die Thanatologie, die nicht nur mit den vielen Paradigmen und Methodologien der Soziologie sondern auch mit denen der Medizin, der Philosophie, der Psychologie, der Rechtswissenschaft etc. gesegnet ist – zweifellos eine Überforderung für theoriepraktizierende ThanatologInnen.

[30] Es besteht eine gewisse Verwandtschaft zu den *neuen kritischen Theorien* von Beck und Giddens. „Statt das Unvermeidliche aufzuzeigen, wollen Beck und Giddens die Gestaltungs- und Möglichkeitsspielräume aufdecken. Ihnen geht es um eine in gesellschaftliche Prozesse eingreifende, sich engagiert zu Wort meldende Soziologie. Dabei zögern sie nicht, konkrete Vorschläge zur Behebung sozialer Probleme zu unterbreiten" (Schroer 2009, 512).

[31] So unterschiedliche Soziologen wie Luhmann und Latour haben vor Herrschaftsdiskursen gewarnt, die ständig die wissenschaftliche Arbeit ‚begleiten'. Doch es besteht die Gefahr, dass eine „herrschaftsfreie" Soziologie Breinahrung bevorzugt und auch von den Kulturmachern nicht ernst genommen wird, allerdings über Instrumentalisierung gesichert parasitär existieren kann.

[32] Ideologiekritik = u.a. kritische, mehrperspektivische Beobachtung der Verlautbarungen von leitenden Vertretern und Sprechern von Interessengruppen und großen Organisationen. Ideologie ist heute individualisierter als vor 1945 und die Selbstproduktionsanteile haben sich erhöht. Semantische Splitter des von vielen Wissenschaftlern für veraltet eingeschätzten Konstrukts Ideologie (vgl. Hirseland/ Schneider 2011) haben sich in anderen Begriffen und Konstrukten eingenistet: Diskurs, Selbstbeschreibung etc.

thodologischen Gründen einzig-richtige Fassung“ (Luhmann 1981, 11). In anderer Hinsicht schließe ich mich Luhmanns eher monoparadigmatischen Thesen in diesem zitierten Aufsatz allerdings nicht an. Seine epistem(olog)isch und sozial wertende Zweiteilung in ‚Theorien', die eine (ideale?) Ordnung voraussetzen und dann nach Gründen für die ‚Defekte' fragen, und in ‚Theorien', die das (ideale?) ‚Normale' für unwahrscheinlich halten und zu erklären suchen, und der Zwang zur Entscheidung für einen Theoriestrang erscheinen mir nicht notwendig für einen Erkenntnisfortschritt. Eine vorläufige Definition der hier angestrebten Theoriebildung: einen reflexiven wissenschaftlich gesteuerten Orientierungsrahmen für Zielgruppen zu schaffen.

Kritische ThanatologInnen beschreiben und erklären ‚normale' und ‚abweichende' Deutungsmuster, Einstellungen, Praktiken und andere soziale Tatsachen und scheuen nicht vor Wertungen zurück, die sie expliziter, konkreter und risikofreudiger vollziehen, als es den wissenschaftlichen Etiketten entspricht[33]. Eine kritische Thanatologie[34] nimmt Positionen, Gruppen, Klassen[35] oder Stände in Vorstandsetagen, Heimen, Außenministerien, geschlossenen psychiatrischen Anstalten, Gefängnissen, Lagern, Slums, Finanznetzwerken, Seelenburgen und bürokratisch und/ oder sadistisch geregelten ‚Vogelfrei-Zonen', ins Boot der Diskurse über ‚gutes und schlechtes Leben und Sterben'. Sie erweist sich als „sensibel gegenüber *allen* Varianten vermeintlicher universalistischer Letztbegründung mit ihrem jeweils unvermeidlich inhärentem totalitären Potential“ (Greven 2006, 10) und konfrontiert Großtheorien und –ethiken, Verfassungen[36], *Fakten* und heilige Texte mit *organisiertem und unorganisiertem Skeptizismus* (Merton). Allerdings gerät eine kritische reflexive Wissenschaft, in der Skeptizismus gepaart mit nonkonformistischem Engagement auftritt, häufig ins gesellschaftliche Abseits und wird durch Missachtung gestraft[37] (vgl. Wissing 2006, 173 f). Ist sie meist gesellschaftlich unwirksam, bestenfalls ein Homöopathikum? Oder noch ernüchternder: Wird sie – soweit sie ‚brauchbar' ist – vereinnahmt, dient der ‚Professionalisierung von Herrschaft' und der Herrschaft der Professionellen?[38]

In der Thanatologie sind – wie in anderen Wissenschaften und vor allem in den Künsten – ‚Zonen der Narrenfreiheit' entstanden, in denen scheinbar eine ‚offene Konkurrenz' zwischen ‚kreativen Konzepten' zugelassen wird. Doch in der Thanatologie gibt es auch die ‚ernsten Bereiche', die herrschaftlich kontrolliert werden – Sterbehilfe, Suizid etc.[39] In diesen walten ausgewählte Wissenschaftsfunktionäre und ihre Kammerdiener, die orthodox den ‚heiligen Gral', die *doxa,*[40] hüten, Aura verbreiten und konformistisch Illusionen stützen.[41]

---

[33] Kritische Wissenschaft (KW) verletzt epistemische Mainstream-Werte: Die Ohnmacht der Pinscher soll nicht expliziert werden. KW immunisiert und prostituiert sich selbst oft in clownesken Formen, z.B. Feyerabend, Baudrillard und Bauman, bzw. wird geclownt.

[34] Vgl. die Ausführungen zu „Critical Gerontology“ in Higgs/ Jones (2009, 55 ff).

[35] *Es ist auch in hochentwickelten Demokratien gelungen,* segmentierte herrschafts- und subsystemfunktionale ‚Klassen', Organisationen, Netzwerke und Felder nachhaltig zu verankern, d.h. privilegierte und unterprivilegierte sich funktionärsgeleitet und konfliktorientiert abgrenzende soziale Gebilde – innerhalb folgender Kollektive und Professionen: Arbeiter, Angestellte von privaten und öffentlichen Organisationen, Professoren, Politiker, Krankenversorger, Pflegende, Ärzte usw. Die herrschaftsstützende Integration (Inklusion und Exklusion) innerhalb dieser nationalen und internationalen Felder und ‚Klassen' findet über Habitus und Netzwerk statt, wobei die Güte der Integration von der Verfügung über ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital abhängt. Für die Legitimation sind die Medien-, Bildungs- und Wissenschaftssysteme zuständig.

[36] Verfassungen von Staaten werden sakralisiert und durch Deutungshegemonie lackiert, was sich für eine nachhaltige globale Lebensentwicklung vielleicht als fatal erweisen wird.

[37] Jungwissenschaftler seien vor öffentlicher Anerkennung kritischer Wissenschaft gewarnt, da sie sich die Verachtung von Salon- und Medienessayisten wie Bolz und Sloterdijk und der Luhmannianer und Popgelehrten zuziehen, aber vor allem den gefährlicheren Ostrazismus (Exklusionsentscheidung) von Funktionären, die über ihre Karriere entscheiden (vgl. Case/ Williams 2004).

[38] Immer gilt die entwaffnende und nur ‚starken Persönlichkeiten' zu servierende These der ‚totalen Kontingenz' und der Offenheit kultureller Evolution.

[39] Dafür gibt es viele Beispiele. Hier sei nur eines erwähnt: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin 2010.

[40] In dogmatischer Form offenbart sich die thanatologische *doxa* in einschlägigen Gerichtsurteilen oder Verlautbarungen von ärztlichen Standesorganisationen oder Vertretern des religiösen Establishments.

Als Vertreter einer gemäßigt kritischen reflexiven Thanatosoziologie mit pragmatischer und empirischer Orientierung würde ich Allan Kellehear, David Lester, Tony Walter, Stefan Timmermans, Clive Seale, Zoreh Bayatrizi und Beverley McNamara nennen[42], die sich vielleicht selbst nicht so kategorisieren würden. Selbstverständlich handelt es sich um eine subjektive Einschätzung[43].

Die Gratwanderungen zwischen scheinbar von allen gewünschter Lebensverlängerung und angeblich von ganz wenigen erflehter Lebensverkürzung, zwischen ‚natürlichem' und ‚künstlichem' bzw. gemachtem Sterben, zwischen ge- und verbotener Sterbehilfe, zwischen kurativer und palliativer Professionalität, zwischen Luxussterben[44] und unwürdigstem Sterben, zwischen Fremd- und Selbstbestimmung, zwischen Fürsorge und Folter[45], zwischen legitimen und nicht bzw. weniger legitimen Deutungen, Entscheidungen, Verfahrensweisen und Verletzungen bedürfen sozialwissenschaftlicher und kritischer Beobachtung und Analyse.

These[46] 1a: Viele wichtige das Leben und Sterben von Milliarden Menschen betreffende Frage- und Problemstellungen werden in der öffentlichen Diskussion und in der thanatologischen Literatur und Forschung kaum behandelt[47].

Ein kleiner Einblick in das Nicht- und Unwissen[48]:

- Wie lange dauert das Sterben?
- Wie und von wem werden die Sterbenden betreut?
- Wie gut oder schlecht sind die Schmerztherapie und die Maßnahmen zur Linderung des Leidens?
- Wie häufig werden unnötige und schädliche Therapieversuche an Schwerstkranken und Sterbenden unternommen?
- Werden bedeutsame Wünsche der Sterbenden missachtet, in welcher Weise, warum und in welchem Ausmaß?[49]
- Wird die Würde von Sterbenden verletzt, in welcher Weise und warum?
- Wenn Sterbende eine Verkürzung des Sterbens wünschen, wie wird darauf reagiert?
- Unter welchen Bedingungen werden aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid durchgeführt bzw. verweigert – in den Staaten, in denen derartige Handlungen strafrechtlich geahndet werden?

---

[41] „Die Forschungssituation der sozialwissenschaftlichen Thanatologie ist von Herrschaftsverhältnissen bestimmt. In Krankenhäusern, Hospizen und selten in Heimen werden begrenzte Forschungsvorhaben zugelassen. Felder, die von mächtigen Institutionen oder Gruppen beherrscht werden, wie Recht, Rüstungsindustrie oder internationales Finanzwesen, werden bezüglich des physischen, psychischen und sozialen Sterbens und Tötens fast nicht beforscht. In frei zugänglichen Bereichen wie Alltag, Medien, Kunst und Geschichte ist dagegen ein reicher Wildwuchs zu diagnostizieren (vgl. die Tagungsabstracts zu „The Social Context of Death, Dying and Disposal", 2007)" (Feldmann 2010a, 569).

[42] Die genannten AutorInnen ordnen sich selbst nicht in diese ungewöhnliche Kategorie (reflexive or critical thanatology) ein.

[43] Dass in dieser „Liste" deutsche und romanische Thanatologen unterrepräsentiert sind, ist wahrscheinlich durch nationale epistemische Kultivierungspraxen und/ oder durch ein verengtes Wissenschaftsverständnis des Autors zu erklären. Luhmannianer und andere Höchstkulturvertreter pflegen Metasprachen, deren kritisches Potenzial sich den normalen Sterblichen nicht erschließt.

[44] Luxussterben bedeutet nicht, dass es außerordentlich ‚gut', ‚schön', ‚angenehm' etc. erfolgt, sondern dass ein gewaltiger Kapitaleinsatz betrieben wird.

[45] Einblicke in die rechtlich gestützte Folterpraxis in der EU: "Bei uns nicht!" (Der Spiegel 20/2009, 52 ff). Ein anderer bekannter Fall: Diane Pretty. *Folter* wird im medizinischen System teilweise damit gerechtfertigt, dass sie hochwertigen Zielen dient und physisch (!) schmerzfrei durchgeführt werden kann, was faktisch nicht immer gelingt. Merksatz: Ein Mensch kann auch, ohne dass er physische Schmerzen empfindet, gefoltert werden! Vgl. auch http://www.guardian.co.uk/society/2012/feb/08/how-doctors-choose-die und http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/ueber-das-fuer-und-wider-von-reanimation-13850218-p2.html?printPagedArticle=true#pageIndex_3

[46] In diesem Text erscheinen viele spekulative, ungeprüfte oder mangelhaft geprüfte Aussagen – eine Fundgrube für engagierte empirische Forscher. Die meisten *Thesen* sind als *Hypothesen* zu verstehen, deren wissenschaftlich gute Falsifikation den Autor erfreuen würde. Einige Thesen sind allerdings explizite oder implizite Wünsche oder Forderungen, wobei eine Evaluation notwendig wäre, in welchem Ausmaß diese Forderungen in bestimmten Raum-Zeit-Bereichen erfüllt wurden, werden könnten und welche „Nebenwirkungen" auftreten.

[47] "When an editorial in the *BMJ* posed the question, 'What is a good death?' contributors concluded that we cannot answer this as we lack the necessary evidence from research, especially from the perspective of patients and carers" (Kendall et al. 2007). http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7592/521

[48] Vgl. zur Mangeldiagnose Wittkowski/ Schröder 2008, 30 ff.

[49] „An important observation is that the dying person is usually 'muted' in research on death and dying, and that only a small amount of research has been carried out on the dying themselves" (Shou et al. 2008, 34).

- Wie und wodurch verändern sich die globalen und lokalen Strukturen der Lebensmehrung und –minderung?
- Wie werden die Sterbe- und Todesdiskurse gesteuert?
- Superfrage: Wer stirbt wo, wann, ‚begleitet' von wem, mit welchen Kosten, unter welchen Bedingungen und mit welchen ökonomischen, sozialen und psychischen Folgen?

Für die Betroffenen bedeutsame Tatsachen[50] werden nicht erfasst bzw. nicht der Öffentlichkeit mitgeteilt, qualitativ hochwertige Untersuchungen werden nicht durchgeführt[51] – und diese ‚Metatatsachen' werden selbst in wissenschaftlichen Zirkeln nicht diskutiert und somit auch nicht erforscht. Die Sterbeforschung ist unterentwickelt[52], kompatibel mit der beschränkten offiziellen disziplinierenden disziplinären Diskurshochkultur[53] zu Sterben und Tod. In der Thanatologie wie auch in anderen Gesellschaftsbereichen kann man Herstellung von Vorurteilen, Nicht-, Un- und Fehlwissen hervorragend studieren[54]. Wie sind Wegschauen, Abstinenz, Schaumdiskurse, Dekultivierung und Ignoranz erklärbar?[55] Konformismus, ritualisierte und reduktionistische professionelle Sozialisation, Ökonomisierung (Neoliberalismus), Angst vor den Herrschenden, Führerprinzip, ökonomische und politische Verhaltenssteuerung, Tradition, Nationalismus, Provinzialismus, Inklusion in Mikrowelten, anthropologische Begrenzung (Menschen in der Evolution in kleinen Horden geprägt), Datenmangel, Bildungsarmut[56], Management by Agnotology[57] etc.

Um die kritische und manchen übertrieben erscheinende Argumentation in diesem Text zu verstehen und zu bewerten, sollte man sich vergegenwärtigen, dass die Sterbe- und Todeskommunikation auf allen relevanten Diskursebenen interessenabhängig produziert (geschönt, gefälscht, unterdrückt, verpackt etc) wird. Dies wird von den arroganten Hochkulturvertretern der reichen Staaten (Politikern, Professoren, Topjournalisten, medizinischen und anderen Funktionären) meist implizit geleugnet, denn aufgrund der Herrschaftsverhältnisse müssen sie es nicht explizit leugnen. Die Thesen der Schönung, Fälschung, Verschleierung, Pseudoverwissenschaftlichung etc. werden in diesem Text teilweise belegt. Ein kurzer Hinweis sei hier vorgestellt. Die Situation hunderter Millionen von Sterbenden jährlich wird nicht einmal in groben Zügen bekanntgemacht. Anstelle dieser Situationsdarstellung werden mit hohem Aufwand sehr differenzierte medizinisch orientierte Darstellungen des Sterbens in reichen Zonen für kapitalstarke Zielgruppen aufbereitet, von der Hochwissenschaft bis zur niedrigen Populärinformation. Zusätzlich werden traditionelle Vorurteile und medialisierte und skandalisierte short stories industriell und auch handgefertigt verbreitet und gepflegt. Eine objektive Messung der Situationsveränderungen in den reichen und armen Zonen fehlt. Auch wenn zu Gunsten der Verlautbarungen der Funktionäre und ihnen angeschlossener Wissenschaftler ange-

[50] Allerdings würde die Frage „Wie lange dauert das Sterben?" durch eine bisher vermiedene gründliche theoretische und empirische Beantwortung aus ihrer Schlichtheit gerissen.

[51] Die internationale Untersuchung zur Sterbequalität in vielen Staaten durch die Lien Foundation ist sehr begrüßenswert. Allerdings werden primär Inputfaktoren erhoben, da für Staaten oder große Regionen repräsentative Studien zu Sterbeprozessen nicht existieren. Vgl. http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation&page=noads&rf=0

[52] Entlarvung: Man gebe bei Google Scholar Sterbeforschung 2014 und 2015 ein und betrachte die Ergebnisse. Doch die Aussage gilt nicht nur für den deutschen Sprachraum: Why We Know Painfully Little About Dying, by J. Lunney and J. Lynn, *Washington Post,* March 27, 2005. http://www.rand.org/commentary/032705WP.html. "The literature generated by the (palliative, KF) field has surprisingly little to say about the actual death experience itself" (Ashby 2009, 94).

[53] Die „öffentliche Thanatodiskurskultur" kann man grob in zwei Teile teilen: die Niedrigkultur manifestiert sich ritualisiert, ideologisiert und auch kreativ in den Medien, die Hochkultur esoterisch und auch polemisch, jedoch kaum kreativ, in juristischen, philosophischen, theologischen, medizinischen u. a. Fachschriften.

[54] Charakteristisch ist die ritualisierte Verehrung der thanatologischen Heroen Kübler-Ross und Ariès in der Fachliteratur, obwohl die verkürzte und meist unkritische Vermittlung der ‚Erkenntnisse' dieser Pioniere weniger zum Wissens- als zum Vorurteilserwerb beiträgt.

[55] Ignorieren (Selektion) ist eine Basiskompetenz, deren mangelhaft geregelter Einsatz freilich in einer modernen Gesellschaft die globale Prekarisierung und Lebensminderung begünstigt.

[56] Es existiert nicht nur die Bildungsarmut der von den Privilegierten hergestellten Unterprivilegierten, sondern auch die Bildungsarmut der Akademiker, die reflexionsarm dahinfunktionieren.

[57] *Agnotologie*: Wissenschaft von der Entstehung und Herstellung von Un- und Fehlwissen (vorläufige doch brauchbare Definition); vgl. Proctor/ Schiebinger 2008.

nommen wird, dass in den privilegierten Weltteilen nicht nur die finanziellen Aufwendungen sondern auch die Verbesserung der objektiven und subjektiven Sterbebedingungen sich im Durchschnitt (!) in den vergangenen Jahrzehnten aufwärts bewegt haben, hat sich doch gleichzeitig die Kluft zwischen den miserablen Lebens- und Sterbesituationen der unteren Milliarde und den Luxuslebenswelten der oberen Millionen kontinuierlich erweitert. Diese Erkenntnis ist eine wichtige Grundlage der kritischen Thanatologie – jedoch nicht der Mainstream-Thanatologie.

Dies ist nicht nur eine Elfenbeinturmbeschreibung, sondern lässt sich auch ohne Drittmittelforschung im Rahmen der gesteuerten Biothanatodiskurse hochentwickelter und ethikgespickter Staaten und Gemeinschaften nachweisen. Ein Beispiel aus der Kulturszene: Die ARD mit ihren vielen Substationen veranstaltete vom 17. – 23.11. 2012 eine Themenwoche „Leben mit dem Tod" mit einem bunten Programm, in dem das Sterben in den armen Regionen, die Lebensminderung durch den Lebensstil der Zuschauer und Zuhörer und ihrer PatriarchInnen, das Milliardengeschäft mit dem Sterben, das Outsourcing des Tötens und andere in diesem Text behandelte Aspekte, (un)beabsichtigt ausgeblendet wurden: eine geschickte Verbindung von Aufklärung, Propaganda, Bestärkung von Vorurteilen, Vermittlung von unbrauchbarem Wissen und Sedierung.

Dank der Emergenz- und Synergieeffekte, d.h. des ‚unbeabsichtigten Zusammenwirkens' der Funktionsträger aus Politik, Wirtschaft, Medizin, Wissenschaft, Religion etc. werden humanwissenschaftliche Forschung und Diskurse klein, eng, partikularistisch, distinktiv und unreflektiert[58] gehalten, so dass Funktionäre[59] meinen, leichtes Spiel zu haben: pluralistische Ignoranz und Rhetorik reichen. Doch die Dynamik liegt im System, die frommfrechen, informationsarmen und sinnsedierenden Sprechblasen und Leerformeln der öffentlich zugelassenen Sprecher verlieren allmählich ihre Wirkungskraft. Wird die herrschaftliche Steuerung[60] dadurch verringert und/oder verlagert sie sich in indirekte, implizite, ‚heimliche' Kanäle der Macht und der Herrlichkeit? Die Frage kann hier nicht beantwortet werden. Doch aufklärerische Illusionen sind unangemessen.

Man betrachte die Google-Treffer des Eintrags „Sterbeforschung"[61]. Ein schwaches Bindeglied zu ‚ernsthafter Wissenschaft' stellt die charismatische Elisabeth Kübler-Ross[62] dar. Doch die von Bowlby entliehenen Phasen, die sie auf das Sterben übertragen hat, wirkten erkenntnisbehindernd. Kübler-Ross hat einen Phasendogmatismus gefördert, der sich in der Sterbeforschung negativ ausgewirkt hat. Auch die Beschäftigung mit Nahtod-Erfahrungen entgleitet im Internet in Esoterik und Obskurantismus. Sterbebezogene Kommunikation im Internet besteht aus Mischungen von Wissenschaft, Esoterik, religiösen Aussagen, persönlichen Wertungen usw. Es treten selbst ernannte „Sterbeforscher" auf, die sich vermarkten. Vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten mit Lebenden und Verstorbenen werden angeboten. Kurz und euphe-

[58] Reflexionsvermeidung und –simulation wird heute elegant durch die Normalmedien und durch die staatliche, wirtschaftliche und kirchliche Lenkung von Bildung und Wissenserwerb bewirkt. Auch im Wissenschaftssystem wird sie regelmäßig praktiziert. Reflexionsvermeidung ist primär ein physikalischer Begriff, doch er wird auch in den Sozialwissenschaften verwendet, charakteristischerweise jedoch nur als Defizitmerkmal von psychisch Kranken!

[59] Der Ausdruck „Funktionär" wird in dieser Schrift mehrfach verwendet. Funktionäre sind Leiter oder Sprecher von Organisationen, perspektivisch betrachtet: Repräsentanten des Führerprinzips. Ein typischer Funktionär: Der Präsident der Bundesärztekammer. In sozialwissenschaftlichen thanatologischen Texten wird der Ausdruck Funktionär in der Regel nicht verwendet. Er dient hier nicht der Moralisierung und der Personalisierung, sondern der (didaktischen) Reflexion auf Strukturen. Einfach gesagt: Welche manifesten und latenten Funktionen haben Leitungsstellen in Organisationen? Welche alternativen Formen von Leitung sind möglich, bzw. sollten erprobt werden? Opportunistische und exzellente Wissenschaftler verwenden anstelle des Begriffs *Funktionär* die Begriffe *Experte* oder *Gesellschaft* (vgl. Mergel 1999).

[60] ‚Herrschaftliche Steuerung' kann unterschiedlich bestimmt und (re)konstruiert werden: Kalkül von Eliten, nicht kommunzierte oder ‚kommunizierbare' Struktur, Logik des Feldes (der Macht) etc.

[61] Auch in Wikipedia sind im Beitrag ‚Thanatologie' unter ‚Bekannte Sterbeforscher' Personen aufgelistet, die in der scientific community dieses interdisziplinären Gebildes keine oder nur geringe Anerkennung finden.

[62] Elisabeth Kübler-Ross war als Forscherin nicht bedeutsam, aber als Bewegerin, als Pionierin für eine intensive Beschäftigung mit dem Thema Sterben und mit Sterbenden.

mistisch gesagt: „Sterbeforschung“ hat in den meisten Internetmitteilungen kaum einen Zusammenhang mit der tatsächlichen qualitativ hochwertigen Forschung.

Kein Sterben ohne Leben. Thanatologie ist idealtypisch eine interdisziplinäre Wissenschaft, Biologie nicht. Doch in den Lebenswissenschaften wird interdisziplinär gearbeitet. In diesem Text wird auf einige lebenswissenschaftliche Probleme eingegangen, doch die wünschenswerte Fundierung der angesprochenen thanatologischen Themen in einem Netzwerk der Lebenswissenschaften kann hier nicht geleistet werden.

Kultivierung, Zivilisierung, Humanisierung

Im Untertitel dieses Beitrags wird der Begriff *Kultivierungstheorie*[63] verwendet. Hier ist nicht die Kultivierungstheorie als kommunikationswissenschaftlicher Ansatz (Gerbner etc.) gemeint, sondern der Ausdruck Kultivierung[64] wird im Sinne von Elias und anderen Kulturtheoretikern verwendet.

Kultivierung, Zivilisierung und Humanisierung sind verwandte Begriffe. Die Verwendung von Zivilisierung ist in wissenschaftlichen Diskursen vor allem mit der Darstellung des Prozesses der Zivilisation durch Norbert Elias verbunden. Zivilisierung wird inhaltlich somit stark durch die abendländische oder westliche Kultur geprägt, ist folglich ein eurozentrischer Begriff. Humanisierung der Lebenswelt, des Alltags, der Arbeit, des Strafvollzugs etc. richtet sich nach Verfassungs- und Menschenrechten, wie Gleichheit, Freiheit, Gerechtigkeit. Kultivierung könnte man als übergreifenden Begriff verstehen, der Zivilisierung und Humanisierung umfasst. Kultivierung findet in der Entwicklung von Menschengruppen immer statt, wobei die Bewertung von verschiedenen Standpunkten, z.B. Phasen der Zivilisierung oder Humanisierung, durchgeführt werden kann, jedoch immer perspektivisch bleibt. Kultivierung ist damit eingeordnet in die Entstehung und Differenzierung von sozialen und psychischen Systemen. In einer modernen Gesellschaft ist Kultivierung sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene festzustellen. Als idealtypischer Wert in einer modernen Gesellschaft gilt, dass den Individuen möglichst große Kultivierungsspielräume gegeben werden. Tatsächlich sind allerdings Kultivierungschancen immer von Macht-, Kapital- und Feldkämpfen gerahmt.

Kultivierung[65] wird im folgenden Text zwar nicht operationalisiert[66], doch mit folgenden Bedeutungen unterlegt: reflexive Zivilisierung, personal fokussierte wissenschaftliche Steuerung und Vernetzung, innovative Weiterentwicklung kultureller Einstellungen und Praktiken. Kultivierung ist in der Regel mit Moralisierung verbunden, allerdings können die Moralisierungsanteile minimiert oder zurückgedrängt werden. Kultivierung bezieht sich auf innovative Weltdeutungen, reflexive Individualisierung, Identitäts- und Gemeinschaftsentwicklung, Netzwerkbildung zur ‚Herstellung' einer friedlichen pluralistischen Weltgesellschaft. Kultivierung findet in einem „Netz vielschichtiger, heftig umstrittener Diskurse und sozialer Praktiken“ (Braidotti 2009, 108) statt.

> “The pilot who drops bombs from a safe distance is a national hero, the terrorist who blows himself up is a coward, the child dying from hunger is a non-person, and Terri Schiavo is a cause célèbre for a morally confused culture of respect for life” (Bayatrizi 2008, 165).

[63] Der eine sehr spezifische Theorie betreffende Ausdruck *cultivation theory* hat imperialistisch den internationalen englischsprachigen Raum besetzt. Auch in der deutschen Diskussion wird der Ausdruck Kultivierungstheorie fast ausschließlich in dieser speziellen Weise genutzt.

[64] Auch das von Kant her kommende pädagogische Vierphasengespann Disziplinierung, Kultivierung, Zivilisierung und Moralisierung ist für das in diesem Text angestrebte Verständnis nur de- und rekonstruiert brauchbar.

[65] Kultiviert kann vieles werden: der Markt, die Landschaft, die Gewalt, die Persönlichkeit, „der Tod“ (Knoblauch/ Soeffner/ Schnettler 1999), das Wohnen, die Exklusion etc.

[66] Enge Operationalisierung und Hypothesenprüfung von *Kultivierung des Sterbens und des Todes* erbringen nur bescheidene Erkenntnisgewinne (vgl. Gehrau/ Kuhlmann 2010).

Bayatrizi diagnostiziert moralische und kulturelle Konfusion[67] in den Biothanato-Diskursen, doch in den ‚konfusen' Diskursen stecken Planung, Evidenz-Basierung, Exzellenz, Ökonomie, Menschenverachtung, Interessenskämpfe und vieles mehr.

Exkurs zu wissenschaftstheoretischen und methodologischen Problemen

Die Fachliteratur und vor allem die Lehrbücher für Professionelle (Ärzte, Psychologen, Theologen, Pflegepersonal etc.) im Bereich Sterben und Tod sind stark spekulativ und normativ geprägt, d.h. Theorie und Empirie werden in den Dienst von Spekulation und Wertung gestellt. Außerdem bestehen im Rahmen der Fachliteratur Abgrenzungsprobleme: Wo endet die ‚Wissenschaft' und welche institutionellen Feldideologien sind eingemischt? Die thanatologische Literatur ist stärker ideologisch durchsetzt als die Fachliteratur in den Naturwissenschaften. Die Medizin hat zwar naturwissenschaftliche Anteile, doch die medizinische Literatur über Sterben und Tod ist nur partiell wissenschaftlich, da sie primär von professionellen, wirtschaftlichen und herrschaftlichen Interessen gesteuert wird.

Die zahllosen vor allem englischsprachigen empirischen Studien zu Suizid, Sterben im Krankenhaus, end-of-life-care, palliative care etc erscheinen Rezipienten u.a. deshalb als evidenzbasiert und wahrheitsgenerierend, weil der Entdeckungs- und Verwertungszusammenhang nicht thematisiert und die Theoriebasis reduktionistisch behandelt wird – also aufgrund im Bildungssystem hergestellten epistem(olog)ischen Kompetenz- und Innovationsmängeln[68].

Ein Beispiel, das für tausende steht: Blank (2011) behandelt das Thema der Unterschiede zwischen Entscheidungen am Lebensende in verschiedenen Kulturen. Er bezieht Daten einer Auswahl von Staaten aus Europa, Amerika, Asien und Afrika ein. Es werden verfügbare Untersuchungen – in englischer Sprache – herangezogen. Der Autor weist zu Recht darauf hin, dass zwischen den rechtlichen Regelungen und der tatsächlichen Praxis grundlegende ‚Inkonsistenz' herrscht. Doch die tatsächliche Praxis wird selbst in den hochentwickelten Staaten nicht durch repräsentative Untersuchungen erfasst - worauf der Autor nicht hinweist. So ist das Fazit des Aufsatzes auch trivial: Es bestehen große Unterschiede bezüglich der end-of-life decisions zwischen den Kulturen. Belohnt werden die Autoren der Fachzeitschriften nicht für wertvolle Erkenntnisse, sondern für die Einhaltung der Rahmenbedingungen.

Die Frage, welchen Interessen die empirische sterbebezogene Forschung dient, sollte gestellt und exzellent beantwortet werden – und zwar nicht einmalig sondern kontinuierlich – was verständlicherweise nicht geschieht. Allerdings erbringt in der Regel die reduktionistische empirische Sterbeforschung im Vergleich zu den thanatologischen Publikationen von vielen Philosophen, Theologen, Medizinern und anderen Humanwissenschaftlern zumindest kleine Erkenntnisgewinne.

Begriffe, Konzepte, Sprachkämpfe

Menschen arbeiten, kämpfen, leben und sterben mit Begriffen, Konzepten, Schemata, Skripten, Metaphern, Erzählungen, Theorien, Mythen etc. Leben und Sterben sind folglich hybride Prozesse, d.h. biologische und medizinische Analysen und Eingriffe erfassen nur Aspekte des Geschehens.

[67] Luhmann (1998, 404) spricht von „einer (freilich hoch selektiven) Inflationierung moralischer Kommunikation".
[68] Vgl. zur methodologischen Kritik der Suizidforschung, die auch auf die anderen genannten Bereiche übertragen werden kann: Rogers/ Lester 2010.

In einer modernen Gesellschaft existieren viele Gruppen, Organisationen, Institutionen und Personen, die über Denk-, Sprech- und Kommunikationssysteme verfügen. Folglich ergeben sich sowohl erstaunliche Kommunikationskulturen als auch eine babylonische Sprach- und Sinnverwirrung, deren Bewertung und Nutzung von Begriffen, Konzepten, Theorien, Drohungen, Interessen, Kapital etc. abhängig ist. Was tun in einer solchen schwierigen multiperspektivischen unübersichtlichen Situation? Was tun fast alle? Sie machen einfach weiter wie bisher. Veränderungen geschehen evolutionär, d.h. sie sind kaum planbar oder vorhersagbar. Dies ist wahrscheinlich eine viele mentale und institutionelle Steuerungsinstanzen bestimmende metatheoretische pragmatische Position – für die das Sterbefeld gutes Anschauungsmaterial liefert.

Kritische Wissenschaftler verlassen sich nicht auf die kulturelle Evolution und/ oder den Wissenschaftsadel, sondern bohren Begriffe, Argumente, Begründungsrituale etc. auf, dekonstruieren sie, schlagen Neukonstruktionen vor etc.[69] Ein solches Vorgehen kann bewusstseins- und institutionenentwickelnden Charakter haben, da in der Öffentlichkeit verbreitete Sterbe- und Todesdiskurse und Deutungsmuster durch Brauchtum, dogmatische Setzungen[70] und Vortäuschung eines wissenschaftlich oder anderweitig gestützten Universalismus Herrschaft stabilisieren, Ungleichheit begünstigen und Innovation und Forschung behindern.[71]

In diesem Text wird eine solche Begriffs- und Konzeptgrübelei und –schnüffelei betrieben, allerdings nicht tiefschürfend genug, sondern eher als intellektuelle und heuristische Lockerungsübung – da mir keine Forschungsmittel zur Verfügung stehen. Die Ausführungen sind trotzdem interessant, denn bisher wurde die real existierende feldwirksame Semantik des Sterbens und des Todes im deutschen Sprachraum sozialwissenschaftlich kaum beobachtet und analysiert[72] (vgl. Wittkowski/ Schröder 2008). Die meisten Semantik reflektierenden Untersuchungen weichen auf die für Lebensbasis und Herrschaft peripheren Bereiche der Fiktion und der schönen Literatur aus.[73]

Begriffskonstruktionen in geistes-, rechts-, gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Bereichen sind mit impliziten und expliziten Werturteilen und damit mit Macht und Kapital verbunden. Begriffs- und Konzeptdiskussionen gelten oft als akademisch und abstrakt, doch sie betreffen Fleisch, Blut, Blech und Finanzen. Die permanenten Kämpfe um Deutungsmacht (vgl. Krähnke 2007, 190 f) und die konzeptionellen Grenzstreitigkeiten sind in den friedlichen Staaten und ihren Subsystemen inzwischen wichtiger als die territorialen. Begriffe und semantische Bereiche werden erobert, besetzt und verteidigt, wobei dies heute in der Regel mit dem koordinierten Einsatz politischer, ökonomischer, wissenschaftlicher und juristischer Regimenter verbunden ist.

“Finally, a new language and new metaphors need to be found that will enable the constructive representation of the complex issues associated with the increasing prevalence of Alzheimer’s disease/dementia and the need for appropriate resources to be provided to ensure and enable that those diagnosed with the disease are properly cared for from diagnosis to death“ (Johnstone 2011, 14).[74]

---

[69] Damit ist keine epistemologische Vorentscheidung verbunden. Dekonstruktionen müssen nicht zwangsläufig „postmodern“, „radikal konstruktivistisch“ oder „poststrukturalistisch“ sein.

[70] Ein Beispiel für eine solche dogmatische Begriffsbestimmung: „palliative sedation is categorically distinct from euthanasia and assisted sucide“ (Kirk/ Mahon 2010, 3).

[71] „Unsere größtenteils aus der Aufklärung stammende Begrifflichkeit ist nicht darauf eingerichtet, die sich ausweitende Rolle biologischer und technologischer Argumente über die Natur des Menschen auszudrücken“ (Knorr Cetina 2009, 67f).

[72] In den Geisteswissenschaften beschäftigt man sich kaum mit dem niederen Volk, d.h. der Mehrheit der lebenden Menschen, oder gar mit Basislebensproblemen, sondern mit edlen Kulturprodukten und mit sich selbst (selbstbezügliche Wissenschaft).

[73] Auch eine kritisch-empirische Konfrontation alltäglicher und unterschiedlicher wissenschaftlicher Todesdiskurse findet kaum statt.

[74] Die Ideologie ist eindeutig: Die Akzeptanz des offiziellen medikalisierten und pflegewissenschaftlich legitimierten Umgangs mit Demenz soll durch eine ‚neue Sprache‘ und ‚neue Metaphern‘ als Dogma und doxa verankert werden.

Einige Beispiele für biothanatologische Grenzprobleme:

Leben (Beginn etc.)	Tod (Hirntod, Dauerkoma etc.)
Körper	Bewusstsein, Ich, Selbst, Seele
Natur, natürlich	nicht natürlich, künstlich
Selbstbestimmung	Fremdbestimmung
moralisch, ethisch gerechtfertigt	moralisch, ethisch nicht gerechtfertigt

Begriffe werden nicht nur von Kindern als direkte Bezeichnungen von *Dingen* und *Wirklichkeiten* gelernt, ähnlich Namen, die Menschen haben. Ambivalenz des Sprachgebrauchs ist in Kultur und Sozialisation angelegt: einerseits Naturalisierung und oft auch Sakralisierung der Begriffe, Schemata und Skripte, andererseits ihr kontextabhängiger konformistischer und instrumenteller Werkzeug- und Konstruktionscharakter. Beides wird allerdings hierarchisch und autoritär vermittelt. Auch in hochentwickelten demokratischen Staaten wird die so genannte kreative Sprachverwendung nur in engem Rahmen zugelassen und in lebenswichtigen Situationen mit Kapitalentzug bestraft. Diese mangelhaft reflektierten ambi- und plurivalenten Sprach- und Sprechwirklichkeiten sind auf allen Ebenen privat und öffentlich anzutreffen. In den Nationalstaaten wurden und werden Sprachen und offizielles Sprechen und Schreiben korsettiert, bürokratisch geregelt und professionell überwacht. Der Gebrauch herrschaftssensibler Begriffe und Wörter in hochrangigen Diskursen wird festgelegt, ihr konstruktiver, kontextabhängiger und relationaler Charakter wird – soweit möglich – verborgen[75]. Die Begriffs- und Symbolwelten sind in der Regel verkrustet und öffentliche Diskurse, die Leben und Sterben psychischer und sozialer Systeme betreffen, werden aufgrund der damit verbundenen Risiken nur selten kritischer Beobachtung ausgesetzt.

Folglich werden die wichtigen öffentlichen Verwendungen der Begriffe sterben, töten, Sterbehilfe, Selbstmord bzw. Suizid etc. normiert, substantialisiert und unerwünschte Formen des Gebrauchs ausgegrenzt.[76] Marginalisierung, Stigmatisierung und Entzug von symbolischem und anderem Kapital[77] erweisen sich meist als ausreichend[78], alte Formen der Zensur oder gar der Bestrafung der abweichenden Begriffsverwender sind unnötig, um die *semantische Alltags-, Feld- und Institutionenordnung* aufrechtzuerhalten, die durch die oligarchisch kontrollierten Bildungs- und Wissenschaftssysteme und die Zentralmedien abgesichert ist.[79]

„Todeslisten“ – ein Beispiel für Berichterstattung in ‚seriösen‘ Medien[80]

Charakteristisch für die heute übliche Form der Informationsverzerrung im Sterbebereich ist z.B. ein Artikel in der österreichischen *Presse* vom 23.10.2012 unter dem Titel „Todeslisten“: Sparen an Sterbenskranken. Im Interesse des eigennationalen medizinischen Systems und konservativer Minderheitsgruppen wird unter dem Schein der ‚objektiven Information‘ ein Horrorbild eines modernen Ansatzes zur Betreuung und Begleitung Sterbender in England gezeichnet. Obwohl immer ökonomische Überlegungen für Entscheidungen bezüglich der Behandlung von Schwerstkranken und Sterbenden oberste Priorität hatten – was freilich verbis-

[75] Das *Verbergen* geschieht vielfältig, z.B. durch Schul- und Hochschulbildung, Medien, Lebensstile.
[76] Die rigide Sprach- und Sprechkontrollhaltung wird in Mittel- und Oberschichtfamilien und in Schulen, für Eliten in universitären, religiösen, juristischen und medizinischen Kontexten hergestellt.
[77] Der Begriff *Kapital* wird in diesem Text primär im Sinne von Bourdieu verwendet.
[78] Es handelt sich um Ostrazismus, Missachtung, Verleumdung, Ignorieren und Exklusion, die Wissenschaftler, Journalisten, Politiker und Professionelle treffen, die den dominanten Feldspielern missfallen (könnten). In einer modernen Demokratie geschieht dies intermittierend, multidimensional und locker, weniger brutal und verbissen von staatlichen oder privaten Diensten gelenkt als in autoritären Staaten.
[79] Für Führungspositionen in Politik, Recht, Wissenschaft, Religion etc. werden erfolgreich Denk-, Sprach- und Sprechbeschnittene erwählt.
[80] Vgl. http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/1305266/Suizidhilfe-ist-eine-Sache-der-Privilegierten?from=suche.intern.portal

sen und unter Einsatz von ‚Experten' und propagandistischem Aufwand geleugnet wird -, wird in diesem Artikel heuchlerisch das Einbeziehen ökonomischer Aspekte in derartige Entscheidungen als „Tabubruch" bezeichnet. Einem Expertenurteil einer englischen Medizinerin wird das Urteil eines österreichischen Kirchenfunktionärs gegenübergestellt, das den Ansprüchen einer sachangemessenen Aussage nicht entspricht.

Diskurse und Denken verlaufen segmentiert und gerahmt. Strukturelles und ‚echtes' Töten im Kongo darf nicht mit Töten im deutschen Pflegeheim in Kontakt kommen. Rechtsvorschriften in der EU sind Lichtjahre vom Leben und Sterben in Afrika entfernt. Aktive Sterbehilfe und Suizid sind mit Gewalt und Mord ‚verwandt', internationale Vereinbarungen und Finanzspekulation dagegen nicht, sie sind in gehobenen semantischen Räumen gemeinsam mit Luxushotel, Kaviar und Edelprostitution angesiedelt. Welt(gesellschaft) wird von Hochdiskurspriestern als großer Leichnam behandelt, der permanent gemäß den Macht- und Herrschaftsverhältnissen seziert wird.

Ständig finden für die meisten nicht sicht- und hörbare Kämpfe und Spiele um Definitions- und Theoriemacht[81] und damit verbundene integrative Unterdrückungsmaßnahmen statt. Die gate keeper bedienen sich der Domänen der Philosophie, der Theologie, der Biologie, der Rechtswissenschaft und der Medizin zur Legitimation von Sprachverwendung, Herrschaft und Privilegienstruktur. In den Medien verwenden Funktionäre und ihre ProfessorInnen allerdings hauptsächlich hochkulturelle Stammtischparolen und symbolische Totschlagargumente, d.h. Wissenschaft wird von den Herrschenden in diesem Bereich primär als legitimatorische Verzierung und Ornament benutzt.

These 1b: Ohne sich dessen meist ‚bewusst' zu sein, verwenden die Thanatoexperten der Wissenschaft, des Rechts, der Medizin und der Medien Metaphern, Skripten und Erzählungen im Interesse kapitalstarker Gruppen (vgl. Lakoff/ Wehling 2008).

Von einem kritisch-wissenschaftlichen Standpunkt aus gibt es keine ‚objektiven' Wortwahlen, Definitionen, Nomenklaturen, Klassifikationen und Kodifizierungen. ‚Sprachreinigungen' simulieren Fortschritt und Innovation, d.h. Begriffe, deren Wertungen bestimmte Gruppen für unerwünscht halten, werden durch andere ersetzt: Selbstmord – Suizid – Freitod, Idiotie – Geisteskrankheit, Hilfsschule – Sonderschule – Förderschule, Altenheim – Seniorenresidenz. In Fachdiskursen wird über Begriffsverwendung diskutiert und es werden internationale Vereinbarungen ausgehandelt (z.B. Silverman 2006), bei denen in der Regel Reflexionen und vor allem empirische Untersuchungen über die Rahmenbedingungen der Begriffswelten und ihre sozialen Konsequenzen vermieden werden.

These 1c: Das Denken, Fühlen und Handeln der Menschen verläuft relational. Humanisierung des Lebens und Sterbens bedeutet, den Menschen möglichst vielfältige Chancen der Entwicklung ihrer Relationalität zu geben, d.h. die rigiden Begriffs-, Denk-, Organisations- und Professionssysteme in Distanz zu stellen.

Tod: Definition und Macht

„Die institutionelle Verarbeitung und Kodierung von Sterben und Tod durch Religion, Politik, Recht, Wirtschaft, Medien, Kunst, Erziehung und Bildung führt zu permanenten Kommunikationsproblemen." (Feldmann 2004a, 193) Wenn diese Kommunikationsstörungen herrschaftlich relevant werden, wird versucht, durch Kapitaleinsatz ‚Konsens' zu zaubern, d.h. es wird symbolische Macht und oft auch Gewalt durch Recht, Bildung, Professionalisierung und Medien ausgeübt: Institute, Ethikkommissionen, Würdenträgerdebatten, Werbung, Kommunika-

[81] Dass diese Kämpfe nicht sichtbar (oder überhaupt nicht?) stattfinden, kann man u.a. dadurch belegen, dass kaum wissenschaftliche Schriften zu finden sind, in denen Darstellungen von Definitionen und Theoriewahlen zu den Themen Tod, Sterben, Leben, Töten und Lebensgefahr diskutiert und reflektiert werden.

tionsmanagement. *Konsens über das ,Gute', den ,Menschen' und den ,Tod'* wird von Wahrhabern und Stabilisatoren über Medien und andere öffentliche Kanäle als selbstverständlich realisiert und so gewendet, dass er zur Unterdrückung von Andersdenkenden und –handelnden eingesetzt werden kann (Silencing); letztlich wird der Wertkonsens – wenn er sich in den Öffentlichkeiten nicht gemäß den Interessen der Herrschaftsträger ,entwickelt' – paternalistisch hergestellt.[82]

> „Debates about the determination of death have encouraged an academic climate conducive to uncritical acceptance of biological criteria for death with an under-recognition of the crucial role of the social criteria for death." (Kellehear 2008, 1541)

Die Definition von (physischem) Tod als Hirntod erscheint durch die rechtlich-medizinischen Festlegungen vorläufig[83] gesichert (Breyer et al. 2006, 146 f). Doch im Bewusstsein der Menschen, auch in den westlichen Industriestaaten, wird man ganz andere Konzeptionen von Sterben und Tod finden (Kellehear 2008, 1537 ff). Wenn man die dominanten Weltanschauungen verschiedener Kulturen betrachtet, wird man für das Verstehen einen multidimensionalen Raum an Bestimmungen eröffnen müssen. „... death is a highly plastic, even elusive idea." (Kellehear 2007b, 72)
Im Gegensatz zu der relativ breiten Elitenakzeptanz der Hirntodkonzeption sind Vorstellungen und Normierungswünsche, die sich auf das Sterben und die postmortalen Existenzkonzepte beziehen, so divergierend, dass es Tugendwächtern und Funktionären immer weniger gelingen wird, in den komplexen öffentlichen und privaten Interaktions- und Kommunikationsstrukturen ,Ordnung zu schaffen'.[84]

> „Processes of cultural sense-making construct them (birth and death, KF) as liminal periods of human existence, whose exact boundaries, functions, accepted performative scripts … are constantly negotiated and renegotiated, stabilized and changed, imposed and subverted by the different groups in society and their social, ideological, and economic interests …" (Pankratz/ Viol 2012, 9).

Trotz der politisch und ökonomisch gestützten medizinischen Steuerung des Sterbens dürfte dieses nach wie vor ein vieldimensionales und wissenschaftlich schwer fassbares Geschehen sein. „Death is not decided by appeals to biology but by a social mix of medical, legal and family consensus" (Kellehear 2008, 1540). Doch auch dieser Hinweis von Kellehear ist wohl noch zu kurz gegriffen, da er zwar das soziale System in seinen Mikro-, Meso- und Makrodimensionen fokussiert, doch das psychische bzw. psychophysische System der Sterbenden vernachlässigt.

Ein spezielles Thema, das mit den hier besprochenen semantischen und soziologischen Überlegungen lose verbunden ist, soll noch angerissen werden: die *Dekonstruktion des Todes*. Bauman (1994), Lafontaine (2008) und andere Autoren behaupten, dass Deutungsmuster, Einstellungen und Praktiken bezogen auf Sterben und Tod radikalen Veränderungen unterworfen sind. Einerseits handelt es sich um eine postmoderne Variante der altehrwürdigen Kulturkritik (Bauman), andererseits um biopolitische Utopien „technowissenschaftlicher Unsterblichkeit" (Lafontaine). Bauman[85] nennt die historische Verlagerung des Blicks auf Krankheiten statt auf ,den Tod', die Medikalisierung und Pathologisierung des Sterbens, Dekonstruktion des Todes[86]. Die kanadische Soziologin Céline Lafontaine bemüht sich, die herumschwirrenden

---

[82] Vgl. http://www.iqb-info.de/Charta_Sterben_Konsens.pdf.
[83] „Das naturwissenschaftlich fundierte biomedizinische Grenzregime legt nur vorläufig gültige Grenzen fest" (Lindemann 2004, 170).
[84] Dies lässt sich auch an der Diskussion um die Privatisierung der Bestattung erkennen (vgl. Schulz Meinen 2009).
[85] Vgl. zur Kritik an Baumans Ansatz Kellehear (2007a, 58 ff).
[86] Bauman bietet in seiner Dekonstruktions-Show eine wilde Mischung von in internationalen Intellektuellenszenen Erfolg bringenden Konstrukten und Mythologemen: existentielle Angst, Rassismus, Faschismus, Projektion, Hygiene, Pathologisierung, Unmenschliches, Unausschöpfliches usw. Inzwischen argumentiert Bauman (2006, 41) befreit von ernsthaften wissenschaftlichen Hinweisen in einem essayistischen Stil der distinktiven Unterhaltung: "If the prospect of immortality emphasizes the (instrumental) significance and the potency of mortal life while acknowledging the imminence of corporeal death, the

‚Prognosen' und Utopien[87] und die neuen biomedizinischen und technologischen Entwicklungen in einen kulturkritischen Diskurszusammenhang zu bringen, vernachlässigt jedoch die zentralen Lebens- und Todesprobleme der Gegenwart, das Management des globalen Lebenssystems und das elende Leben und Sterben von Hunderten Millionen. Dekonstruktion des Todes ist folglich nur ein bombastischer, diffuser und risikoloser Hinweis auf die theoretisch und empirisch unzureichend erforschte Tatsache, dass Sterben und Tod wie alle anderen menschlichen Belange in den Strudel der Modernisierung, Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung, Technisierung, Globalisierung, Rationalisierung usw. hineingezogen wurden.

Aus diesen Gründen sind auch Versuche, in der gegenwärtigen (und künftigen) gesellschaftlichen Lage einen Paradigmenwechsel (z.B. Walter 1996 oder Lafontaine 2008) der kulturellen Bearbeitung von Tod und Sterben festzustellen, mit Skepsis zu betrachten (vgl. zur Kritik Kellehear 2012). Grundsätzlich zweifelnd stellen Knoblauch und Kahl (2011, 194) die rhetorische Frage, „ob denn gerade ‚postmoderne' ‚fragmentierte' Gesellschaften ihr Verhältnis zum Tod so einheitlich umgestalten, wie dies bei wissenschaftlichen Revolutionen innerhalb der Wissenschaft geschieht (Kuhn 1981)."[88]

An einem neuen Aufsatz von Knoblauch will ich kurz darlegen, dass die mangelhafte Differenzierung und Reflexion der Begriffe und des semantischen Raumes Sterben und Tod analysebehindernd wirkt.
Zu Beginn stellt Knoblauch (2011, 27) die Frage: „Gibt es ein postmodernes Weiterwirken nach dem Tod?" Man kann aus dem Text schließen, dass Knoblauch von drei historisch aufeinander folgenden Phasen ausgeht – offensichtlich auf die westliche Welt eingeschränkt – traditionale, moderne und postmoderne Phase. Nun stellt er die Behauptung auf: „gemeinhin wurde die Moderne ja mit der ‚Verdrängung', ja der ‚Tabuisierung' des Todes gleichgesetzt" (ebd.). Was „gemeinhin" bedeuten soll, wird durch Literaturhinweise spezifiziert. Es wird auf Ariès, Nassehi/ Weber, Illich, Elias und andere Bezug genommen. Dann werden die von verschiedenen Autoren bereits beschriebenen Veränderungen im Umgang mit Tod und Sterben seit den 1960er Jahren angesprochen, vor allem die Hospizbewegung. In diesem Zusammenhang werden die Begriffe Diskursivierung, Ideologie des guten Todes, neue Sichtbarkeit des Todes, verstärkte Präsenz des Todes in der Öffentlichkeit und revival (Walter 1994) eingeführt, aber nicht kritisch erörtert. Knoblauch stellt dann eine ‚empirische' Prüfung in Aussicht, die sich auf den „grundlegenden Wandel" in der Phase des postmodernen Todes bezieht (Walter 1996). Nach diesen allgemeinen Ausführungen erfolgt eine überraschende Verengung der Betrachtung auf die Sektion von Leichen. Der dramatische Rückgang der Sektionszahlen und Befragungsergebnisse von Personen aus der Bevölkerung zur Obduktion sind periphere Aspekte bezüglich den allgemeinen Fragestellungen: Gibt es ein postmodernes Weiterwirken nach dem Tod? Sind die Bestimmungen von Walter (persönliche Wahl, psychologischer Diskurs, Gefühl, Familienorientierung) bezüglich des postmodernen Todes empirisch zu bestätigen oder nicht? Da diese Fragen in dem Kontext der Sektion kaum zu beantworten sind, eröffnet Knoblauch ein neues Problemfeld: Ergibt sich durch die Abkehr von der Sektion in der Medizin ein Paradigmenwechsel? Diesen Paradigmenwechsel beschreibt Knoblauch als strukturelle Verdrängung des toten Körpers aus dem medizinischen Feld. Doch für die Gestaltung der Medizin und für die Prüfung der Typologie von Walter bedeutsamer ist die Entwicklung der Palliativmedizin, die als strukturelle Hineinnahme und Anerkennung des physischen Sterbens im medizinischen Feld gedeutet werden kann. Da jedoch diese Sichtweise nicht in den

deconstruction of death, paradoxically, intensifies the volume of the terror of death and drastically raises death's destructive potency even while ostensibly questioning its imminence."

[87] Trans- oder Posthumanismus, technologische Singularität etc. sind zwar interessante Ansätze und Überlegungen, doch es ist wissenschaftlich nicht vorhersehbar, ob und wann solche Ideen oder sozialen Bewegungen größere gesellschaftliche Bedeutung erlangen werden (vgl. Fröhlich 1998; Krüger 2009; Heil 2010).

[88] Korrekt wäre: „.. innerhalb der Wissenschaft geschah", denn wie in der (post)modernen Gesellschaft wird es auch in der (post)modernen Wissenschaft derartige Revolutionen nicht mehr geben.

von Knoblauch aufgespannten Argumentationszusammenhang passt, wird sie schlicht weggelassen. Knoblauch versucht dann auf die ursprüngliche Fragestellung zurückzukommen, ohne jedoch weitere Informationen heranzuziehen. Somit bleibt es bei seiner diffusen Verkündigung, dass eine zunehmende Popularität des Todes in der Öffentlichkeit festzustellen ist. Da der Begriff Tod und sein semantischer Kontext von Knoblauch nicht ausreichend beschrieben und ein beachtlicher Teil der international für die aufgeworfenen Fragen relevanten Fachliteratur ausgeblendet wird, bleibt auch seine letzte zusammenfassende (?) Aussage vage: „In der Medizin selbst dagegen setzt sich die moderne Verdrängung des Todes fort, die zwar nur noch ‚strukturell' ist, den toten Körper aber immer weniger ‚braucht' und ihn deswegen auch der Öffentlichkeit überlassen kann" (49).

Sterben: Definition und Konflikt

In prähistorischer Zeit haben relativ wenige Menschen ihr Sterben erlebt[89]. Die meisten hatten entweder kein differenziertes Bewusstsein für ein solches Erleben entwickelt oder sie sind zu schnell gestorben, um mit anderen darüber kommunizieren zu können. *Prämortales* Sterben – nicht der „Tod" und das *postmortale* Leben und Sterben[90] – ist somit erst im Laufe der Geschichte und insbesondere in der modernen Gesellschaft ein soziokulturell bedeutsames Ereignis für viele und ein *soziales Problem* geworden. Vor allem hat sich das *prämortale* physische und soziale Sterben in den vergangenen fünfzig bis hundert Jahren verlängert und dieser Trend ist ungebrochen. „Lynn writes that most people will now have a period of around two years of poor health and progressive deterioration in health status before death" (Ashby 2010, 78). Der bisher ungebrochene Trend zur Verlängerung des Sterbens[91] wird durch Medikalisierung und Ökonomisierung angetrieben. Implizite und strukturelle Treibfaktoren könnten auch in Herrschaftsstrukturen liegen. Das verlängerte Sterben ist auch ein enteigneter, nur durch technisch gestützte Dienstleistung durchführbarer Prozess, eine Rekollektivierung und ein Scheitern der Aufstiegserwartungen und –erfahrungen.[92]

Sterben[93] als diskursiv bearbeiteter Prozess fand in prähistorischen Zeiten und in vielen Kulturen hauptsächlich *nach* dem physischen Tod des Betroffenen in der magischen Welt der Überlebenden statt (vgl. Kellehear 2007a)[94]. Es gibt viele Mythen über die schwierigen und gefahrvollen Sterbereisen. Auch in modernen Gesellschaften erlebt eine kleine Minderheit das Sterben von Bezugspersonen nach derem physischem Tod – wenn dieser unerwartet, z.B. durch Unfall, Suizid oder plötzliches Organversagen, eintrat oder wenn die Bezugspersonen erst einige Zeit nach dem physischen Ende der Person darüber informiert wurden. Dieses postmortale ‚nachholende' Sterben ist in einer modernen Gesellschaft im Gegensatz zu traditionellen Kulturen nicht *normal* und wird nicht rituell aufgefangen, sondern ist häufig mit ‚pathologi-

---

[89] Diese These gilt auch in historischen Zeiten, für manche Gruppen, Regionen, Kulturen etc.

[90] Die Verwendung des Begriffs „postmortal" ist von kulturellen und sozialen Bedingungen und Theorieentscheidungen abhängig. Lafontaine (2010) nutzt den Begriff „postmortal", um ihre Thesen von der technowissenschaftlich gestützten Dekonstruktion und Desymbolisierung des Todes zu rahmen.

[91] "This shift from infectious to degenerative diseases is accompanied by a lengthening of dying trajectories" (Van Brussel o.J., 11).

[92] Ähnliche Zusammenhänge wurden noch in den 1950er Jahren von Schelsky (1959, 29) zwar nicht auf das Sterben aber auf den Aufstieg der ‚Mittelschicht' bezogen und eindeutig als wünschenswertes Scheitern bezeichnet, um „unberechtigte Sozialansprüche" abzuweisen.

[93] Die semantische Verortung von „leben" und „sterben" im Bewusstsein moderner gebildeter Menschen steht in nicht genau beschreibbarer großer Distanz zu den Weltbildern und Kommunikationsformen von nomadisierenden Jägern und Sammlern vor 30.000 Jahren!

[94] Dieses frühhistorische postmortale Sterben kann modern übersetzt als *soziales postmortales Sterben* bezeichnet werden, doch im Bewusstsein vieler damaliger Menschen war es *physisches Sterben*, wobei eine Falsifikation der These wohl nicht möglich ist.

scher Trauer’, abweichendem Verhalten und Therapie verbunden. Die meisten Sterbereisen finden heute im Gegensatz zu den frühen Kulturen prämortal statt, gerahmt von organisatorischen Ritualen in Krankenhäusern und Heimen.

Die Veränderung der Semantik, der Diskurse und der Praktiken ergab sich als Folge eines Sieges der staatlich geförderten vernaturwissenschaftlichten Medizin über die Religion. Der dominante moderne Sterbebegriff und sein semantischer Kontext werden biologisch-medizinisch-rechtlich bestimmt und begrenzt – für die Privilegierten und Gebildeten. Doch wenn Sterbesemantik global und sozio-kulturell betrachtet wird, dann verschiebt sich die Perspektive – vor allem, wenn man nicht nur ‚anerkannte Experten’ zu Wort kommen lässt. Eine verbindliche und allgemein akzeptierte Masterbestimmung von Sterben existiert im Bewusstsein von Milliarden von Menschen nicht, obwohl sie von an Monopolisierung interessierten Vertretern des medizinischen Systems und ihren Helfern beansprucht bzw. ‚dem Menschen’ unterstellt wird.[95] Eine kleine Auswahl von Definitionen von Sterben:
„Approaching death“ (Wiktionary) [96].
„Sterben ist das Erlöschen der Organfunktionen eines Lebewesens, das zu seinem Tod führt“ (Wikipedia). [97]
“The progressive and not reversible loss of vital function resulting in life ending” (Psychology Dictionary). [98]
“Dying should be defined as the personal expectation and acceptance of death as an imminent event” (Kellehear 2014, 9).

Den Begriff Sterben könnte man wissenschaftlich differenzieren, so wie man den Ausdruck „essbare Baumfrucht“ in Kirschen, Äpfel usw. aufschlüsselt. Doch Differenzierungen werden nur allgemein anerkannt, wenn kapitalstarke Schlüsselpersonen bzw. –gruppen diese für ihre Zwecke als brauchbar ansehen.[99]

Worte wie Sterben, Selbst- und Fremdbestimmung weisen auf komplexe dynamische mehrdimensionale Prozesse hin. Begriffe wie Tötung auf Verlangen, passive, indirekte und aktive Sterbehilfe etc. können als Besetzungen und Versuche gedeutet werden, das Prozessgeschehen im Interesse von Funktionären, Professionen und herrschenden Akteuren[100] zu erfassen und zu kontrollieren. Diese Feldzüge, um Deutungs- und Verwendungshoheit über semantische Gebilde in signifikanten Kontexten zu erlangen, sind partikularistisch (Feld der Macht, Staatsaristokratie, Nationalismus etc.). Sie werden universalistisch legitimiert: über Gott, Natur, Ethik, Wissenschaft, in Verfassungen und Rechtsordnungen verankert. Es handelt sich sozialwissenschaftlich betrachtet immer um perspektivische kontext- und gruppenabhängige Legitimierung und Rationalisierung, d.h. eine ‚wahre’ universalistische Begründung ist derzeit, je nach Perspektive auch prinzipiell, unmöglich[101].

Die Diskussion über das Konstrukt Sterben ist im Rahmen von sanktionsbewehrten semantischen Strukturen und Diskursen zu verorten, in ‚Paketen‘ von institutionalisierten professionellen Prozessen und Technologien.

> “This system, which is often represented by law regulating a set of legitimate procedures, performs the “packaging of knowledge” into procedural matter and permits us to pass over the correct knowledge and discussion points about societal issues. Once a legal procedure is laid down, the only point is a procedural correctness and a dilemma vanishes into air” (Otani 2010, 55).

---

[95] Vgl. zur vielfältigen Verwendung des Sterbebegriffs Wittkowski (2011, 29 ff).
[96] https://en.wiktionary.org/wiki/dying
[97] https://de.wikipedia.org/wiki/Sterben
[98] http://psychologydictionary.org/dying-process/
[99] Kultivierung von Begriffen und Sprachsteuerung werden durch Diskurslenkung und verordnete Reflexionsaskese naturalisiert und scheinuniversalisiert, um partikularistische Herrschaft zu verdecken und „unnötige Konflikte“ zu vermeiden.
[100] Herrschende Akteure können Personen, Gruppen, Organisationen, Netzwerke und andere soziale Gebilde sein.
[101] „Die Werte- und Normen-Universalität löst sich unter verschiedenen Gesichtspunkten auf: Schichten-, stände- und berufsbezogene Lebensformen weichen immer mehr individualisierten Lebensstilen“ (Wersig 2009, 55).

Es geht um Argumentationsstrukturen, Legitimation, Ordnungsdiskurse, Rechtsvorschriften, Worte Gottes, Menschenrechte, das Grundgesetz, historische Marker, Marktanteile, Kapital etc. In modernen Gesellschaften sind semantische Felder, Schemata, Skripte und Ideologien ins Fließen geraten. Deshalb sind Experten, Ethikkommissionen, Organisationen etc. im Auftrag des Staates, der mächtigen Professionen und Institutionen tätig, um Konsistenz, Segmentierung, Distinktion, Akzeptanz, Sanktionslegitimation und Intransparenz herzustellen, abweichende Positionen zu neutralisieren und zu sterilisieren, Angst einzujagen, Laienstatus zu erzeugen etc.

> „Die rechtlichen Festsetzungen und ihre strafrechtlichen Bewertungen werden von den meisten Menschen als befremdlich erlebt – wenn sie damit in näheren Kontakt kommen. Das Rechtssystem anerkennt Weltkonstruktionen von Betroffenen nicht, sondern akzeptiert nur Auslegungen durch „Legitimierte" als gültig. [...]
>
> In einem [...] Fall teilt die Person mit, dass für sie bestimmte Lagen ihres physischen und psychischen Systems „sterben" bedeuten, doch kaum ist sie bewusstlos, wird sie zum Objekt von Fremddefinitionen und -konstrukten.[102] Die Handlungen und lebensweltlichen Vernetzungen der Betroffenen werden – bei gleichzeitigem Schwenken der Flaggen „Selbstbestimmung", „Wohl des Menschen" und „Würde" – entkontextualisiert, depersonalisiert, medizinisch und rechtlich umgedeutet, recodiert: Mord, Totschlag, Tötung auf Verlangen, unterlassene Hilfeleistung, Lebensschutz, ärztliches Ethos, Sachautorität." (Feldmann 2008a, 179)

Unberechtigt ausgeweiteter Exkurs: *Über die Reformbedürftigkeit der Rechtssysteme*[103]

Rechtssysteme sind aufgrund ihres *structural lag* und des sozialen und technischen Wandels in den vergangenen Jahrzehnten differenzierter und dysfunktionaler geworden, d.h. sie behindern Humanisierung und Kultivierung. Rechtssysteme dienen u.a. dazu, selektiv Akteure und Strukturen sichtbar und unsichtbar zu machen, zu privilegieren und zu schädigen. Rechtssysteme sind strukturell paternalistisch und hierarchisierend, d.h. sie stellen Steuerungsversuche für soziale Gleichheit und Ungleichheit gemäß den Interessen von mächtigen Gruppen dar. Auf einen wichtigen die Kapitalausstattung der Spieler begünstigenden und wissenschaftsreduktionistischen Verfahrensaspekt sei speziell hingewiesen: Rechtsvorschriften, die sich auf ‚Wirklichkeit' beziehen, müssen nicht durch moderne methodische Verfahren abgesichert werden[104] – und sie dürfen nicht multiperspektivisch reflektiert werden. Große Teile der Rechtssysteme der meisten hochentwickelten Länder sind veraltet, wissenschaftlich rückständig[105], inkonsistent[106], wirken demoralisierend[107], werden mangelhaft beforscht, dienen Partikularinteressen, mindern permanent das Leben von Millionen in der EU, ohne dass ein nachgewiesener ‚legitimierender' Gemeinschaftsnutzen[108] durch diese Lebensminderung erreicht wird. Beispielhaft kann man die Aktivitäten Autofahren und schwerkranken oder sterbenden Men-

[102] Ein Hinweis zu der Häufigkeit der ‚Verdinglichung' und Instrumentalisierung Sterbender: Eine für eine große Population repräsentative Studie ergab, dass in ca. 30 % der Fälle erst innerhalb des letzten Lebenstages von cure auf care umgeschaltet wurde (Jakobsson, E. et al. 2006).

[103] Einen kleinen Hinweis auf das ‚Tabu' und die Angst der Gebildeten, Kritik am Rechtssystem zu üben. Bei einer Recherche konnte ich in Google Scholar keine brauchbare Schrift zu diesem Thema entdecken, während eine Reihe von Schriften zur „Kritik am Bildungssystem" zu finden sind.

[104] In Medizin und Erziehungswissenschaft setzt sich die Erkenntnis immer mehr durch, empirische Forschung und Evaluation als unverzichtbar für praktische und normative Regelungen anzusehen, in Rechtswissenschaft und -praxis ist man noch weit von diesem Ziel entfernt.

[105] Veraltet und wissenschaftlich rückständig: Dies ist u.a. an der mangelhaften Berücksichtigung der Sozialwissenschaften nachzuweisen. Z.B. wurden die nationale und globale Ausdifferenzierung von Macht und Herrschaft und die Verlängerung und Vernetzung der Delegations-, Kommunikations- und Aktionsketten bei der Gestaltung der nationalen Rechtssysteme strukturell vernachlässigt.

[106] „There is good reason to believe that the administration of justice is infected by predictable incoherence in several domains" (Kahneman 2011, 360).

[107] „… corporate law requires businesses to act in ways psychiatrists would diagnose as psychopathic in an individual" (Dorling 2010, 206).

[108] Nachweise sind aufgrund der Monopolisierung und Sakralisierung der Rechtssysteme ‚unnötig'.

schen helfen vergleichen: durch den politisch und rechtlich mangelhaft geregelten Autokonsum werden in großen Staaten tausende Lebensjahre jährlich vernichtet[109] – angeblich um die ‚Freiheit' und ‚Leistungsbereitschaft' der Staatsbürger nicht einzuschränken (?!). Dagegen erweisen sich das Hauptrecht und die angelagerten medizinischen, religiösen und sonstigen Subnormen bei den Regelungen zur aktiven Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid als überängstlich, misstrauisch, unterfordernd, autoritär, einschränkend, kreativitätsbehindernd, partikularistisch, ungleichheitsfördernd etc.[110]

In der Regel wird in modernen Rechtssystemen vermieden, *Sterben* so eindeutig zu definieren wie den physischen Tod, den Hirntod. Doch um eine gewisse Sicherheit, Herrschaftsstabilisierung und Diskurslenkung zu erreichen, werden wie beim Begriff *physischer Tod* letztlich nur Definitionen von Ärzten anerkannt, genauer gesagt: es wird von mächtigen Interessengruppen über ärztliche Urteile gestützter Konsens *ausgehandelt*.

> „Dying is now increasingly state-defined, with definitions so institutionally narrow in their scope that dying is only recognized if it is viewed as an end-of-life care experience under formal medical supervision." (Kellehear 2007a, 253)

Der Beginn des Sterbens wird medizinisch teilweise gleichgesetzt mit dem Wendepunkt (turning point) zwischen kurativer und palliativer Behandlung, dessen Bestimmung selbstverständlich dem Arzt übertragen wird (vgl. Jakobsson et al. 2006). Doch rechtlich ist es eindeutig so geregelt, dass der Patient bestimmen soll, ob er eine Behandlung und welche er wünscht. Selbstverständlich müsste es auch dem Patienten überlassen werden, ob er sich als sterbend definiert oder nicht. Freilich setzt dies einen kontextdominierenden Patienten voraus, der in der bisherigen Realität wohl selten aufzufinden ist. Wird sich diese Patientengruppe in Zukunft anteilsmäßig vergrößern? Dafür sind z.B. professionell[111] gestaltete und rechtlich geschützte Patientenverfügungen und zielgruppenorientierte Sterbedienstleistungen geeignet. Allerdings werden derartige Sterbesteuerungen auch mittelfristig nur für eine Minderheit realisierbar sein, denn Sterben ist an Funktionssysteme gekoppelt und in hochgradig differenzierte ökosoziale Kapitalketten eingebunden. Sterben ist ein lukrativer Dienstleistungsbereich: Menschen werden gestorben, d.h. sie können meist nur peripher selbst bestimmen, unter welchen Bedingungen sie sterben. Dass der Beginn und der Verlauf des Sterbens für die meisten fremdbestimmt wird, stellt freilich auch eine Entlastung für viele Menschen dar, die durch ‚echte' Selbstbestimmung überfordert wären[112], die sie unzureichend erlernt haben und die strukturell nicht zuletzt von den professionellen ‚Helfern' be- und verhindert wird.[113]

Gelegentlich wird von Betroffenen, Angehörigen oder Pflegepersonal die Unsicherheit bezüglich des Übergangs vom Leben zum Sterben thematisiert.

> "The residents were highly aware of their conditions, and often described themselves as impaired or in poor health, getting worse. The same assessment was made by staff and family members, who described many of the residents as being in a "living-dying phase" (Whitaker, forthcoming; cf. Froggatt, 2001). The borderland between living and dying is not entirely plain to see and is hard to define, especially in the case of slow and prolonged dying (Froggatt, 2001; Komaromy, 2000; Small, Froggatt & Downs, 2007)" (Whitaker 2010, 99).

---

[109] Meist werden nur die direkten Verkehrsunfälle einbezogen, doch die indirekte Lebensgefährdung durch Autoabgase und verkehrsbezogene ‚Nebenwirkungen' hat ebenfalls bedeutsamen Einfluß, dessen Erforschung vor allem in den ‚Autonationen', z.B. Deutschland, unterentwickelt ist.

[110] Ein Beispiel für eine derartige sozialwissenschaftliche Unkenntnis offenlegende Argumentation bietet Kyrill-Alexander Schwarz in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung („Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung").
http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/35_Selbstt__tung/04_Stellungnahmen/Stellungnahme-Schwarz.pdf.

[111] ‚Professionell' bedeutet keineswegs zwangsläufig verärztlicht oder medikalisiert.

[112] Vgl. zur Diskussion der Überforderung durch Selbstbestimmung und Autonomie Heidbrink (2007, 272 ff).

[113] Zuerst wird durch Familien- und Bildungspolitik dafür gesorgt, dass der Anteil derjenigen, die Selbstbestimmung nur mangelhaft lernen, möglichst hoch bleibt, um Paternalismus und Kollektivierung ‚legitim' walten zu lassen.

Das Begriffsfeld „Sterben“ kann unterschiedlich beobachtet und erforscht werden:

> „So wird z.B. das bedeutungsunspezifische Lexem *sterben* spezifiziert durch die Merkmale 'durch Mangel an Nahrung' (verhungern), 'durch Mangel an Flüssigkeit' (verdursten), 'durch Mangel an Luft' (ersticken), 'durch Mangel an Blut' (verbluten) oder durch die Merkmale 'durch Einwirkung von Kälte' (erfrieren), 'durch Einwirkung von Hitze' (verbrennen).“[114]

Dieser sprachwissenschaftlichen Spezifizierung können für den hier geführten Diskurs relevantere nur skizzierte sozialwissenschaftliche Projekte zur Begriffs- oder Wortfeldanalyse gegenübergestellt werden:

- Rekonstruktion des Gebrauchs in verschiedenen Gruppen einer Kultur oder einer Gesellschaft,
- Rekonstruktion des Gebrauchs in Institutionen, z.B. Politik, Recht, Gesundheit und Religion,
- Rekonstruktion des Gebrauchs in Wissenschaftsbereichen, z.B. Philosophie, Rechtswissenschaft, Sozialwissenschaften.

Bisher werden solche aufwendigen Rekonstruktionen nicht durchgeführt, bzw. die wenigen eingeschränkten wissenschaftlichen Versuche sind so konzipiert, dass sie in den Praxisfeldern kaum rezipiert oder reflexiv verarbeitet werden. Sterbedeutungen[115] werden von Professionellen in Praxisfeldern generiert.[116] Die allgemeinen hochkulturellen Sterbediskurse in den Edelmedien und Publikationen sind dagegen häufig ‚praxisfern’, aristokratisch und versuchen durch ungesicherte ‚Tatsachenbehauptungen’ ein unreflektiertes Wirklichkeitsbewusstsein abzusichern.

Wenn man noch die verschiedenen sterbeorientierten Wissenschaften und Institutionen betrachtet, ergibt sich eine semantische Zersplitterung, die in der Öffentlichkeit meist nicht wahrgenommen wird, da die Medien Komplexität radikal reduzieren und außerdem zielgruppenspezifisch Themen aufbereiten.

Wittkowski und Schröder (2008, 3 ff) liefern eine Rekonstruktion des derzeit dominanten Sterbeverständnisses, das vor allem von den Interessen der Betroffenen, Sterbenden und Bezugspersonen, geleitet ist: Der Sterbeprozess sollte möglichst kurz sein, im Idealfall für den Sterbenden (fast) nicht erfahrbar (vgl. auch Hoffmann 2011). Ärzte haben ökonomisch bedingte Lebensverlängerungsinteressen andererseits ein zumindest latentes Sterbeverkürzungsinteresse, da das Sterben nicht im Zentrum ihrer Kompetenzen und Tätigkeiten angesiedelt ist.[117] Somit teilen Ärzte Patienten und vielleicht auch sich selbst meist „sehr spät“ mit, dass nun gestorben wird. ‚Laien’, folglich auch sterbende Personen, sind nicht befugt, das Sterben zu diagnostizieren.

(Gewagte) These 2a: *Da viele Ärzte immer wieder in die Lage kommen, das Sterben verkürzen zu wollen (und oft auch zu müssen), dies aber gemäß offizieller Normierung nicht dürfen, neigen sie dazu, Rechtfertigungen für forcierte ‚Lebensverlängerung’ anzuerkennen und als moralische Kompensation aktive Sterbehilfe abzulehnen.*

Wenn man dieses verdeckte und verklemmte Verkürzungsinteresse mit der Wirklichkeit der Sterbeverlängerung konfrontiert, drängt sich die Frage nach den Gründen für die Diskrepanz auf. Eine einfache Antwort lautet: Dominant für die Gestaltung der Wirklichkeit ist die Ökonomie in Kombination mit der Strafandrohung bei nachgewiesener Lebensverkürzung.[118] In der

---

[114] http://www2.hu-berlin.de/linguistik/institut/syntax/onlinelexikon/W/wortfeld.htm

[115] Dass noch veraltete Semantiken bzw. Sichtweisen vorherrschen, kann man auch an dem seltenen Gebrauch des Begriffs *Sterbedeutung* und dem häufigen Gebrauch von *Todesdeutung* erkennen.

[116] Komaromy (2009) stellte in Pflegeheimen fest, dass Verhaltensänderungen von Klienten, medizinische Diagnosen, raumzeitliche Bedingungen etc. als „marker of dying“ dienen.

[117] Das professionelle Interesse richtet sich nur auf die Verkürzung des ärztlich definierten Sterbens, nicht des anderweitig bestimmten Sterbens. Außerdem ist es in der Regel latent und verdeckt.

[118] Die von vielen wahrscheinlich den meisten nicht gewünschte und strukturell negativ wirkende (Ökologie, Ökonomie, Verteilungsgerechtigkeit) Sterbeverlängerung ergibt sich aus einer fatalen Allianz von Ökonomie, Medizin, Recht und organisierter Religion.

Fachliteratur wird die vor allem ökonomisch getriebene strukturelle Herstellung des langen Sterbens kaum diskutiert.
Diese Ambivalenzen und Konflikte zwischen manifesten und latenten Interessen und Diskursen formen das verminte Feld Sterben und Tod. Ein Blick auf dieses Feld von außen trägt vielleicht zur Erhellung bei.

Wenn man die Geschichte der Genderforschung betrachtet, dann erkennt man, dass die Begriffe und Theorien in Konflikten zwischen Gruppen erarbeitet ja erkämpft wurden.
So ist auch der Bereich Sterben umkämpft, wobei freilich im Gegensatz zu einer großen und gut ausgebildeten Gruppe von Frauen, die für sich und andere gegen Diskriminierung und für Privilegien kämpften, in der Thanatologie eine kleine heterogene Schar von Personen tätig ist, die Mehrzahl im Dienste von Organisationen und damit abhängig vom Führungspersonal, das ihnen den Rahmen für Begriffs- und Theoriegebrauch vorgibt (implizite Zensur). Die wenigen nonkonformistischen Thanatologen und Thanatologinnen haben im Gegensatz zu den Genderforscherinnen wenig zu gewinnen, denn es werden auch in absehbarer Zukunft keine Hochschul- und Forschungsressourcen für Thanatologie zur Verfügung gestellt werden. Wenn überhaupt Universitäts- bzw. Forschungsstellen eingerichtet oder thanatologisch definiert werden sollten, werden sie wahrscheinlich innerhalb des medizinischen Machtbereichs mit Konformisten besetzt werden. Der medizinische Sektor beansprucht das Monopol oder zumindest den Hauptteil der Sterbeforschung und –professionalisierung und hat dafür ein eigenes Subsystem, die Palliativmedizin, ausgebaut, in der die Thematik streng und eng geregelt und gemäß den professionellen und instutionellen Normen gestaltet wird. Damit ist gegen die Entwicklung einer freien kritischen Thanatologie eine entscheidende und herrschaftlich gut gesicherte Barriere errichtet worden.
Zwar werden bescheiden dotierte sozialwissenschaftliche thanatologische Forschungsprojekte selten im deutschen Sprachraum durchgeführt, doch die Erkenntnisse sind konsequenterweise ebenso bescheiden und für eine gesellschaftliche Entwicklung und wirksame Aufklärung wenig hilfreich. Das folgende Beispiel sollte nicht als Kritik an den Autoren, sondern an den Schaltstellen der Forschung und Politik gelesen werden.

> „Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen, in denen der Tod als formales Kriterium für eine dienstleistungsorientierte und gesellschaftlich finanzierte Institution fungiert, formt sich das Sterben als eigene organisierte Phase neu, die andere Wissensordnungen hervorbringt. Im Gegensatz zum medizinischen Diskurs ist im Hospiz eine Erzeugung von Wissen über das Leben im interaktiven Austausch mit den Patientinnen und Patienten in der Situation des Sterbens zentral. …. In diesem Zusammenhang ist die Frage zu stellen, inwieweit Hospize in ihrer institutionellen Auslegung als Heterotopien (vgl. Foucault 1967) gedacht werden können, die als gesellschaftliche Gegenorte andere Modelle des Sterbens, des Lebens, institutioneller wie professioneller Herstellungspraxis hervorbringen.“ (Heuer et al. 2015, 276)

Dass eine nicht repräsentative Untersuchung selbst für das insgesamt unwichtige Sterben in Hospizen generalisierende Aussagen nur als vage Hypothesen zulässt und dass unklar bleibt, was „gesellschaftliche Gegenorte“ bedeutet und wie und wo sie lokalisiert sind, bestätigt nur die Erkenntnis, dass an der Hospizpropaganda wahrscheinlich „etwas dran ist“

Eine permanente Beobachtung der offiziellen Diskurse, der rechtlichen Regelungen und vor allem der Praktiken im Feld Sterben und Tod findet bisher nicht statt. Die Folgen der schwächlichen Institutionalisierung der thanatologischen Forschung, Aus- und Weiterbildung in Schulen, Hochschulen[119] und anderen öffentlichen Bereichen in der EU sind Kompetenzmängel der Gebildeten, der Ärzte, des Pflegepersonals und der Eliten und unnötiges Leid der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

[119] Die bisherigen thanatologischen Module im Medizin- und Pflegebereich sind ideologisch begrenzt konzipiert.

Beispiele für den Kampf um Sterbedefinitionen

Wie umstritten und vieldeutig der Begriff Sterben ist, lässt sich an den möglichen Antworten auf folgende Frage erkennen: *Befinden sich Patienten im permanenten vegetativen Status (PVS, auch Wach- oder Dauerkoma genannt)*[120] *in einem physischen, psychischen oder sozialen Sterbezustand?*(vgl. Schaupp 2012, 404 f)
Warum sollte es nicht das Recht eines Menschen sein, selbst zu bestimmen, welche Zustände für ihn „sterben“ bedeuten, ob er z.B. ein Dauerkoma (PVS) für sich als über 70 Jahre alten Menschen als möglichst schnell zu beendenden Sterbezustand definiert?
„Nach ärztlichem Verständnis handelt es sich bei Menschen im Wachkoma um Kranke... Da sich Menschen im Wachkoma bei stabiler Gesamtsituation also nicht im Sterbeprozess befinden.. “ (Student/ Student 2007, 87)[121]. Hier wird einerseits fürsorglich[122], andererseits autoritär und expertokratisch eine Sterbedefinition gesetzt[123], um einzelnen die Möglichkeit zu nehmen, ihr Sterben selbst zu bestimmen, z.B. durch eine Patientenverfügung[124]. Man kann den derzeitigen Umgang mit Patienten im Dauerkoma (PVS)[125] als modernen Opferritus oder auch als heimlichen Totenkult im Interesse bestimmter Gruppen ansehen[126]. Menschenopfer waren im Laufe der Geschichte oft dadurch gekennzeichnet, dass die Doppelbedeutung von Opfer realisiert wurde: das Opfer bzw. betroffene Bezugspersonen fokussierten auf den Verlust und die Opferpriester auf den Gewinn.[127]

Wachkoma – soziologisch betrachtet

Ronald Hitzler (2010, 2012a, 2012b) ist der einzige deutschsprachige Soziologe, der sich ausführlich und empirisch forschend mit dem Thema Wachkoma beschäftigt – was lobend hervorgehoben werden sollte. Hitzler wählt phänomenologische, sozialphilosophische und symbolisch-interaktionistische Zugänge zum Thema. Der Forscher tritt als Beobachter der institutionellen Wachkomaszene auf, wobei er zwar über die Feststellungen von Wachkomaexperten und die Ritualisierungen kritisch nachdenkt, aber nicht explizit reflektiert, warum er diese Zugänge wählt und nicht andere. Hitzler beschäftigt sich mit der „Erschütterung der Sozialität“, den Konzeptionen von Selbst, Individuum, Person, dem alter ego etc., Kommunikationsformen, den Ritualen der Bewältigung und Deutungskonzepten des Pflegepersonals und der Angehörigen. Hitzler vermeidet Hinweise auf physisches, psychisches und soziales Sterben, Sterbehilfe, Suizid, Ökonomie, psychische, soziale und ökonomische Kosten der Pflege von Wachkomapatienten, doxa der Felder, in denen die Schriften von Zieger, Klie und Student zu lokalisieren sind, Professionalisierung im Zusammenhang mit dem Wachstumsbereich Wachkoma, Alltagstheorien über Wachkoma und ähnliche Zustände in verschiedenen Gruppen der Bevölkerung und andere sozialwissenschaftliche Fragestellungen.

[120] PVS= persistierender vegetativer Status. Hier sind diejenigen Patienten mit appallischem Syndrom gemeint, bei denen eine grundlegende Besserung des Zustandes höchst unwahrscheinlich ist (vgl. de Ridder 2010, 158 ff).
[121] Man kann dies als ‚Schnürstiefeldefinition’ bezeichnen. Dies wird durch folgende Aussage klarer: „Das Problem der WachkomapatientInnen spielt in der Diskussion um die Sterbehilfe eine große Rolle, obwohl es sich nach strenger Definition nicht um "Sterbende" handelt, also um Personen mit der Diagnose einer unheilbaren, in einem absehbaren Zeitraum zum Tode führenden Erkrankung handelt“ (Seibert et al. 1999, 5).
[122] „Fürsorge“ bedeutet im paternalistisch-maternalistischen Diskurs: Kontrolle, Ordnung, unkritische Akzeptanz von Herrschaft und Autorität, Fremdbestimmung, Unterwerfung.
[123] Die gleiche Ansicht findet sich in dem Bericht der Enquete-Kommission (2004) und in der Stellungnahme des Zentralkomitees der deutschen Katholiken.
[124] Allerdings ist gemäß der geltenden Rechtslage ein Abbruch des Wachkomas bei entsprechender Patientenverfügung möglich und bei ausreichendem sozialem und ökonomischem Kapital auch erzwingbar.
[125] Die Aussage eines Arztpriesters: „Nach meiner Wahrnehmung will ein Komapatient (noch) leben“ (Jonen-Thielemann 2008, 262).
[126] Die durch aufwendige Lebenserhaltung am Sterben gehinderten Menschen können auch als ‚Böcke’ für die ‚Sünden’ vieler Bewohner der reichen Staaten gedeutet werden, die diese an den Milliarden der Elenden und evtl. auch an künftigen Generationen begehen.
[127] Wachkomapatienten „sind – je nach Sichtweise – Verlierer oder Gewinner eines medizinisch-technischen-pflegerischen Fortschritts“ (Feldmann 2004b, 56).

Wenn er Zieger akzeptierend zitiert, zeigt sich, dass Hitzler eine konservative thanatologische Position übernimmt: „Zumindest im Rahmen der in Gesellschaften wie der unseren gegebenen medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Möglichkeiten sind Menschen im Zustand "Wachkoma" tatsächlich "weder ‚Hirntote' noch ‚Sterbende', sondern schwerstkranke, lebende und empfindsame Menschen" (Zieger 2004, S. 1) (Hitzler 2012a, 126)“. Gibt es in diesen Gesellschaften noch andere „Möglichkeiten“? Treten Zieger und Hitzler durch solche Aussagen als Sprecher im Rahmen von Feldern auf – und um welche Felder handelt es sich? Derartige Fragen interessieren Hitzler offensichtlich nicht. Welche Zielgruppen will er mit seinen Forschungen zum Wachkoma ansprechen? Warum bewegt er sich in einer feingeistigen philosophisch durchzogenen pflegewissenschaftlichen Diskurssphäre? Warum akzeptiert er die in der Wachkomaszene vorgegebene doxa, z.B. die dogmatische Sterbedefinition und die Lebensideologie?

Wachkoma ist ein soziales Problem handfester Art. Die meisten Personen wollen nicht in einem derartigen Zustand am Leben erhalten werden. Trotzdem geschieht dies in den meisten Fällen. Obwohl die soziale Ungleichheit auch in den reichen Staaten nachweisbar so stark ist, dass sie zu gravierenden sozialen Störungen und Lebensminderung führt, wird in fragwürdige Dienstleistungen, wie die jahrelange Lebenserhaltung von Wachkomapatienten ‚investiert‘. Obwohl die meisten Angehörigen von Wachkomapatienten durch diese medizinisch-technisch-ökonomisch produzierte Szene psychisch und sozial geschädigt werden, wird dies verschleiert und heruntergespielt (vgl. Leonardi et al. 2012). Ein Teil der Bezugspersonen lehnt die Lebenserhaltung ihrer Angehörigen im Wachkoma ab, andere wünschen die Lebenserhaltung (Kitzinger/ Kitzinger 2014). Die rechtlichen Bestimmungen sind in den meisten Staaten mangelhaft und nur eine Minderheit der Menschen verfassen Patientenverfügungen, die sich auf solche Situationen beziehen. Die These, dass Fremdsteuerung, Kolonisierung durch das medizinische System und Disziplinierung im Interesse herrschender Gruppen durch die derzeitige Wachkomapraxis gefördert werden, sollte sozialwissenschaftlich geprüft werden.

Neben der dominanten professionsbezogenen Variante, Sterbedefinitionen zu legitimieren, stehen Versuche, Sterben durch *zeitliche Begrenzung* zu bestimmen; solche Festlegungen sind zwar aufgrund der derzeitigen strukturell rückständigen Rechtssysteme[128] verständlich, doch sie erweisen sich als diskurshemmend und paternalistisch.[129] Es kann kaum verschleiert werden, dass etwa bei einer staatlich geprüften Suizidbeihilfe eine Sechsmonatsfrist[130] willkürlich ist, d.h. wenn die durch „Experten“ erstellte Prognose bezüglich des endgültigen Ablebens sechs Monate überschreitet, wird die staatliche Legitimation verweigert[131] (vgl. Will 2007, 20).

[128] Die Rückständigkeit lässt sich z.B. an der mangelhaften Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse bei Gerichtsurteilen ablesen.
[129] “78 Prozent der Befragten lehnen es ab, die Geltung der Verfügung auf den Sterbeprozess zu beschränken.” (van den Daele 2005, 10)
[130] Beispiel: Oregon Death with Dignity Act.
[131] Ebenfalls paternalistisch ist es, bei (Spät)abtreibung eine zeitlich festgelegte Bedenkfrist einzuführen.

Beschreibung des ‚wirklichen' Sterbens und ‚Sterbeberichterstattung'

Palliativmediziner, Funktionäre der Hospizbewegung und anderer Sterbeorganisationen und professionelle Sterbedienstleister (Ärzte, Krankenschwestern etc.) teilen mit, wie und was Sterben ‚wirklich' ist. Es gehört zur Selbstbeschreibung ihrer Felder und entspricht den Erwartungen der meisten Empfänger, dass sie über das ‚wirkliche' Sterben Auskunft geben. ‚Tatsächlich' bzw. ‚sozialwissenschaftlich' handelt es sich nicht um eine Beschreibung des ‚wirklichen' Sterbens. Die Sterbedienstleister bieten Konstruktionen und Erzählungen an, so wie die Medien Nachrichten bringen, deren naive und normale Empfänger diese Nachrichten für ein gutes Abbild von Wirklichkeit halten. Selbstverständlich werden den Rezipienten keine reflexiven Techniken für den Umgang mit diesen Sterbekonstruktionen vermittelt.

Die Etablierung der Palliativmedizin ist „ein Kampf um Benennungsmacht, der zunächst einmal ein Kampf um die Besetzung und legitime Interpretation basaler Kategorien wie" (Viehöfer 2011, 194) Sterben, Tod, Selbstbestimmung, Würde etc. ist. Die überbordende Palliativliteratur führt zu semantischer und konstruktiver Monopolisierung im staatlich geförderten Feld der Sterbediskurse. Das Unwissen bzw. das Entwerten des ‚anderen' Wissens über Sterben wird dadurch gefördert. Palliativmedizin ist also ein Forschungsgegenstand für Agnotologie geworden – allerdings fehlen die dazu gehörigen Forschungen in diesem Bereich, der bisher von den EU-Universitäten vernachlässigt wird.

Ökonomisierung, Technisierung und Professionalisierung werden verstärkt. Gleichzeitig wird auf ‚ethische Standards' geachtet und nimmt die kritische Haltung der ‚Öffentlichkeit' zu; die Konsequenz ist eine ‚Sterbeberichterstattung', die professionalisiert und gemäß ‚Anforderungen' die doxa für verschiedene Zielgruppen herstellt.

Untersuchung zur Sterbesemantik ohne Erkenntniswert

Hahnen et al. (2010) berichten über eine Inhaltsanalyse von Printmedien zum Thema Sterbehilfe. Wie schon in anderen Untersuchungen zeigte sich, dass bei vielen Beteiligten „terminologische Unschärfen" festzustellen sind. Da ja nicht nur Laien, sondern auch Ärzte, Pflegepersonal und andere in den Sterbeorganisationen Tätige über solche „terminologische Unschärfen" verfügen, kann man die Frage stellen, in welcher Weise diese semantische Lage Einstellungen und Verhalten beeinflusst. Doch um diese Frage zu beantworten, müsste man andere Untersuchungen heranziehen und auch offen darüber sprechen, warum die Forschungslage so miserabel ist. Hahnen et al. richten die Frage opportunistisch nicht an die Forschung oder an die Zentralen der Sterbeproduktion sondern an die Peripherie. „Tatsächlich ist angesichts des Befundes zu fragen, wie beispielsweise die Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen zuverlässig ermittelt werden sollen, wenn bereits die verwendeten Begrifflichkeiten unklar sind" (123). Selbstverständlich vermögen die AutorInnen diese Frage nicht zu beantworten – allerdings auch deshalb, weil sie keine inter- und transdisziplinären Systemüberlegungen einbeziehen, was man u.a. an der von ihnen gewählten Sekundärliteratur erkennen kann. Dass man an der von bestimmten Expertengruppen festgelegten begrifflichen und theoretischen Feldgestaltung auch Kritik üben kann und die Defizitsichtweise sich durch Reflexion wandeln kann, wird in diesem Forschungsbericht verschwiegen. So erbringt diese Untersuchung keine neuen Erkenntnisse, denn die angejahrte Tabuthese und die bekannte „terminologische Unschärfe" wurden nicht einmal in einen neuen Argumentationskontext gesetzt.

Gutes und schlechtes Sterben

These 2b: Selbst für einen beachtlichen Teil der Menschen, die in reichen hochentwickelten Staaten leben, gilt (zumindest einer der folgenden Aspekte): Das Sterben ist zu unangenehm,

dauert zu lange, ist zu teuer (Altruismus und Nachhaltigkeit!) und findet am falschen (von den Sterbenden nicht gewünschten)Ort statt.

Wenn man die 12 Kriterien für „a good death“ des British Medical Journal von 2000 verwendet, dann ist ein hochwertiger Suizid eher darunter zu subsummieren als das übliche Sterben im Pflegeheim. Kriterien sind u.a.:

> To be able to retain control of what happens;
> To be afforded dignity and privacy;
> To have choice and control over where death occurs (at home or elsewhere);
> To have access to information and expertise of whatever kind is necessary;
> To have access to any spiritual or emotional support required;
> To have control over who is present and who shares the end.[132]

Wenn man von den Idealtypen der Wissenschaft oder anderer hochkultureller Institutionen in die Niederungen der vielfältigen Bewusstseine steigt, dann werden konkretere Angaben gemacht. Eine Reihe von Untersuchungen in reichen Ländern erbringt wenig erstaunliche Ergebnisse über die Wünsche der meisten Menschen bezüglich ihres Sterbens:

1. in hohem Alter, inzwischen liegt bei vielen die Erwartung bei 80 Jahren,
2. zu Hause[133],
3. schnell und schmerzlos[134],
4. von Bezugspersonen betreut,
5. „in Würde“[135].

> “People who are terminally ill identify their top priorities as avoiding suffering, being with family, having the touch of others, being mentally aware, and not becoming a burden to others (Gawande, 2010)” (Waldrop 2011, 571).

Die in Befragungen geäußerten Sterbewünsche können unterschiedlich interpretiert werden. Kellehear (2009b, 14) meint, dass viele Personen z.B. durch ihre Äußerung, zu Hause sterben zu wollen, ihre Präferenz für Selbstkontrolle, Identitäts- und Lebensstilerhaltung ausdrücken. Man kann auch in der Sprache von Bourdieu sagen: Menschen wollen Habitus- und Kapitalerhaltung bis zum Lebensende. Somit ist es nicht verwunderlich, dass für die Privilegierten die Wünsche viel häufiger in Erfüllung gehen als für die Unterprivilegierten. Im Durchschnitt werden die meisten Menschen bezüglich der Punkte 2 und 3 enttäuscht. Man könnte dies als gravierende Fehlsteuerung[136] bezeichnen, die nicht primär finanziell sondern strukturell begründet ist, da das letzte Lebensjahr so teuer ist, dass die relativ schlichten Erwartungen von Punkt 2 und 3 für mehr Menschen erfüllbar wären, würde man eine Verteilung nach den Bedürfnissen der Sterbenden vornehmen.

Physisches und soziales Sterben – institutionelles Versagen

Untersuchungen in verschiedenen Ländern bestätigen, dass mehr als 60 Prozent der aus Gefängnissen Entlassenen wieder rückfällig werden. Systemversagen! Gäbe es gute Untersuchungen, würde auch das Sterben in Organisationen in über 60 Prozent der Fälle als „schlechtes Sterben“ zu bezeichnen sein. Systemversagen!

Im Technologiebereich ist es in den vergangenen 150 Jahren zu erstaunlichen Qualitätssteigerungen gekommen. Warum sollte das beim Sterben nicht auch möglich sein? Vor allem sind

---

[132] BMJ, vol. 320, no. 129, 2000, online <http://www.bmj.com/content/320/7228/129.full>
[133] „Im Unterschied zu den Niederlanden sterben in Deutschland immer weniger Sterbende (gegenwärtig nur noch ein Viertel) zu Hause.“ (Birnbacher 2004, 7)
[134] Emnid-Umfrage 2001; Hahn/ Hoffmann 2009, 142.
[135] Dies bedeutet für viele: Kontrolle über den eigenen Körper und über das Bewusstsein (vgl. Hahn/ Hoffmann 2009, 142).
[136] McNamara und Rosenwax (2007) sprechen aufgrund entsprechender Ergebnisse einer australischen Untersuchung, für die es aufgrund der schon genannten Mängel der thanatologischen Forschung leider im deutschen Raum keine vergleichbare gibt, von „mismanagement“. Vgl. auch Worpole 2010, 40 f.

die meisten Sterbenden medikalisierte und organisatorisch gesteuerte Gestalten, so dass Einrichtungen mit Hochtechnologien gute Chancen haben, ihre Qualitätsnormen durchzusetzen.

‚Es ist unerhört, dass Spülmaschinen, Felgen und Sonnencremes einer regelmäßigen Qualitätskontrolle unterzogen werden müssen, Kontexte des Sterbens aber nicht.'[137]

Trotz Medikalisierung, Bürokratisierung und Selbstzwangapparatur erfolgt das Sterben auch in den hochentwickelten Staaten äußerst vielfältig. Typologien und Kategorisierungen verbessern die Übersicht (vgl. McNamara 2001, 41 ff; Seymour 2001; Feldmann 2004a, 179 ff ; Dreßke 2007).

	Institution/„Gestalt"	*Todestypen*
institutionell kollektivistisch	Religion	der religiöse Tod[138]
	Politik (Vaterland, Bewegung, Partei etc.)	der traditionelle heroische Tod
	Medizin	der medizinisch korrekte Tod
individualistisch anti-institutionell	Gemeinschaft (z.B. Hospiz)[139]	der gute Tod
	Individualisierung[140]	der eigene Tod[141]
ungesellschaftlich	„Natur"	der natürliche Tod

Abb. 1: Todestypologien (Feldmann 2010d, 156, modifiziert)

Ein umstrittenes Konstrukt ist *der natürliche Tod*, der angeblich in der westlichen Kultur (von wem?) angestrebte idealtypische Tod. Der „natürliche Tod", eine hybride christlich-aufklärerisch-medizinisch-naturwissenschaftliche und rechtlich privilegierte Konstruktion, wurde seit dem 18. Jahrhundert in Europa institutionalisiert und idealisiert[142]. Wie sich die Funktionalität, Rationalisierung und professionelle Herstellung der Semantik und Realität des „natürlichen Sterbens" derzeit wandelt, bedürfte noch einer genaueren Untersuchung (vgl. Fuchs 1969; Seymour 2000; Kaufman 2000, 78 f; Feldmann 2010d, 79 ff; Bayatrizi 2008, 155 ff; Lafontaine 2008; Bormann 2012).[143]

Der Begriff „natürliches Sterben", der bei Fuchs (1969) noch eine zentrale kulturelle und emanzipatorische Errungenschaft symbolisierte, ist inzwischen umstritten und wird eher defensiv und vernebelnd verwendet, er wird eingesetzt, um das professionelle *Sterben und Tod machen* zu verleugnen und die terminale Phase zu dekontextualisieren, zu desozialisieren und zu naturalisieren[144]. Die pragmatische, quasireligiöse und pseudowissenschaftliche Vorstellung vom „natürlichen Sterben" dient in Krankenhäusern und Hospizen als Normierungskonzept[145], unter dessen Mantel die symbolische Macht der Institutionen und die Praktiken des Personals verborgen und geschützt werden (vgl. Dreßke 2007, 98 ff).

---

[137] Originalzitat: „Es ist unerhört, dass Spülmaschinen, Felgen und Sonnencremes einer regelmäßigen Qualitätskontrolle unterzogen werden müssen, unsere Kindergärten und Bildungseinrichtungen aber nicht." (Der Spiegel 46/2008, 17)

[138] Dreßke (2005, 212 ff) wählt die Bezeichung „traditionelles Sterben".

[139] Hospize können unterschiedlich organisiert werden: als die Wünsche des Individuums ins Zentrum stellende Vergemeinschaftung (meist ambulante Form), als religiöse oder als medizinische Institution.

[140] Elias (1982, 81 ff) beschreibt das Zerrbild des „homo clausus", der isoliert, gleichsam von einer Mauer umgeben lebt und stirbt. Im Fall der von der Person nicht gewünschten Isolation kann das „eigene Sterben" faktisch aufgezwungen werden.

[141] Nach Dreßke (2005, 220 ff) das „individuelle Sterben".

[142] Dem Wörtchen "natürlich" kann man Sinn und Unsinn zuschreiben, vor allem wenn es als Legitimation für Normierung eingesetzt wird. „a truly unnatural behaviour, one that goes against the law of nature, siomply cannot exist, so it would need no prohibition" (Harari 2014, 147).

[143] Ashby (2001, 81) versucht den Begriff *natürlicher Tod* durch Umdefinition zu retten: „But natural death can be understood in a broader existential sense of inevitability, as a composite of causality, autonomy and dignity, an not solely in terms of the presence or absence of human agency." Der Elfenbeinturm-Rettungsversuch ist allerdings misslungen.

[144] Naturalisieren bedeutet hier: durch eine moralisierte Naturkonzeption ontologisch festzuschreiben.

[145] In medizinischen Schriften findet man häufig naive Formen einer naturwissenschaftlich legitimierten Normierung und einer idealen ‚natürlichen' Sterbeordnung. Ein Beispiel: Ärzte sollen Patienten behandeln, „damit der Mensch bis zum genetisch vorgesehenen Lebensende leben und friedlich unvermutet sterben kann" (Geiser 2004, 1041).

„Die diskursive Konstruktion des ‚natürlichen Todes‘ in dieser Grenzsituation menschlichen Handelns wird zur Grundlage gesellschaftlicher Lebensende-Ethik (vgl. Seymour 2000, 1249)“ (Schiefer 2007, 261).

Das „natürliche Sterben“ ist eine hybride normative Konstruktion aus naturwissenschaftlichen Versatzstücken, stecken gebliebener Aufklärung, juristischer Weltsicht und christlicher Mythologie. Die rechtliche und medizinische Erzwingung des „natürlichen Sterbens“, scheinbar garantiert ‚gereinigt’ von Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe, als allein seligmachend, normal und legal zu proklamieren, kann man *symbolische Gewaltanwendung* nennen, die oft mit physischer, psychischer und sozialer Gewalt verbunden ist. Das derzeit die Hochdoxa normierende Palliativfeld arbeitet verdeckt mit dem Dogma des „natürlichen Sterbens“, das als „gutes“ oder „würdiges“ Sterben auftritt.

Von den wissenschaftlich fortschrittlichen Bewahrern der Sterbeordnung wird die Bezeichnung ‚natürliches Sterben‘ immer seltener verwendet, aber die ideologische Basis wird beibehalten. Sie lässt sich bei aufwendigem Missbrauch wissenschaftlicher Erkenntnisse auch ohne Einsatz solcher altbewährter Denkstopwörter aufrechterhalten.
Die Hospizbewegung und die Palliativmedizin sakralisieren den Konsum von medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen durch ihre rigide Ideologie des ‚natürlichen Sterbens‘ und einer idealisierten ‚Sterbegemeinschaft‘. Im Hintergrund dieser Sakralisierung stehen mächtige Institutionen und Funktionärsnetzwerke. Es geht schließlich um Herrschaft und viel Geld. So kann man selbst beachtliche Teile der theoretisch und methodisch hochwertigen palliativmedizinischen Forschung als Werbung und Propaganda bezeichnen, die auf die Zielgruppe der Hochgebildeten und wissenschaftlich Tätigen gerichtet ist. Die Funktionäre und Sprecher der Palliativmedizin treten für eine politische und ökonomische Privilegierung der Lebensphase, die sie ‚natürliches Sterben‘ nennen, ein.
Das normative Modell des ‚natürlichen Sterbens‘ ermöglicht Vertretern der Hospizbewegung und der Palliativmedizin die Autonomie des Patienten auf ihre Fahne zu schreiben. Wenn der Basiszwang gut institutionalisiert ist, können kleine Vergünstigungen und Autonomiespielräume geschaffen werden, die nicht herrschafts- und profitgefährdend sind.

Die im Bewusstsein vieler Menschen aufzufindenden Schemata und Skripte des „natürlichen Sterbens“ stehen im Gegensatz zum medizinischen black-box-Begriff: ohne medizinische Einwirkung sterben, am besten friedlich und bezugspersonenbetreut zu Hause[146] (vgl. Feldmann 2008b, 130). Ob ein Leben „natürlich“ oder ob es „künstlich“ beendet wurde, ist derzeit eine kaum objektivierbare, in der Mehrzahl der Fälle offizielle Beobachtungs- und Steuerungsinstanzen überfordernde, Feststellung; wissenschaftlich ist es, auch wenn man die Theorie- und Operationalisierungsprobleme gemäß partikularem Brauchtum ‚löst’, sehr schwierig, in konkreten Fällen die „natürlichen“ von den „künstlichen“ Ursachen auch nur grob zu trennen – weshalb es auch fast nie gemacht wird.

Sterbeökonomie und -ökologie

Der dogmatische und ressourcenverschwendende ‚Betrieb’ des ‚natürlichen Sterbens’ in reichen Gesellschaften des westlichen Typs kann als naturgefährdend bezeichnet werden. Es ergibt sich folglich ein Dilemma: Wird Menschen auf Massenbasis ein politisch und ökonomisch gestütztes ‚Recht’ zum ‚natürlichen Sterben’ gemäß derzeitigen oder gar künftigen Festlegungen einer ökonomisierten expansiven Medizin zugewiesen und verordnet, dann muss Lebensvernichtung auf globaler Basis betrieben und vertuscht bzw. skurril gerechtfertigt werden.

[146] Dieses laiendefinierte „natürliche Sterben“ in geringerem Maße medikalisiert und zu Hause fordert auch Dörner (2007, 215 f).

Sterben wird politisch gesteuert und bewirtschaftet und ist ein ökologisch bedeutsames Geschehen. Ein auf Nachhaltigkeit und Reflexion ausgerichtetes ökologisches Lebens- und Sterbebewusstsein zu entwickeln, sollte nicht nur eine Aufgabe des Bildungssystems, sondern aller Subsysteme sein. Askese (z.B. kein Demenzkonsum), Verzicht (z.B. auf Lebensverlängerung) und Genügsamkeit (reflexive Lebensqualitätsgestaltung) sind keineswegs mit Verminderung von Glück und Zufriedenheit verbunden, aber mit Stärkung von Würde, Selbst- und Gemeinschaftsentwicklung und Humanisierung.

Die genannten Sterbeformen, der medizinische, gute, eigene Tod etc., stellen Idealtypen dar, die meist in Mischungen real auftreten. Der traditionelle *heroische Tod* war in vielen Kulturen für junge Männer vorgesehen, während das moderne heroische Sterben allen offen steht: der tapfere Kampf gegen chronische zum Tode führende Krankheiten, Krebs, AIDS etc. Das moderne heroische Sterben ist meistens nicht mehr politisch gelenkt, sondern medizinisch und medial[147].

Exkurs: *Heroisches Sterben*

Die jungen Europäer, die 1914 freiwillig in den Krieg zogen und von denen eine große Anzahl getötet wurde, waren zum heroischen Sterben bereit, wobei vielen ihr faktisches Sterben wahrscheinlich nicht heroisch erschien. Die Mehrzahl der heutigen Europäer bezweifelt wohl, dass dieser naive Heroismus funktional und sinnvoll war. Münkler (2006) nennt die modernen westlichen Gesellschaften postheroisch, allerdings schränkt er diese Haltung auf den Krieg ein. Doch immer wieder wird Heroismus benötigt, d.h. Menschen werden instrumentalisiert bzw. instrumentalisieren sich selbst. Der moderne todesbezogene Heroismus ist im Vergleich zu dem traditionellen kriegerischen latent, diffus, sozio-semantisch fluktuierender und bezieht sich auf die Akzeptanz des ‚natürlichen Sterbens' im Krankenhaus oder Heim. Eine Minderheit vertritt eine postheroische Haltung, versucht dieses normalisierte langsame und qualvolle Sterben zu vermeiden. Allerdings könnte diese postheroische ‚Sterbedienstverweigerung' aus einer anderen Sicht heroisiert werden: heroisches Sterben im Dienste der nachhaltigen Entwicklung globaler Ökosysteme, der gerechteren Ressourcenverteilung und der nationalen Stabilität. Menschen könnten also das persönlich unerwünschte jedoch ‚kulturell normalisierte' Erleben der letzten Phase der schweren nicht heilbaren Krankheiten bzw. des physischen und psychischen Verfalls ‚guten Zwecken' opfern. Somit kann jeder heroisch oder unheroisch sterben – je nach Perspektive. Wer sich bis zuletzt behandeln und quälen lässt, von gierigen Ärzten, die genau wissen, dass ‚nichts zu machen ist', ist ein Heros – und auch derjenige, der sich verweigert. Damit ist das Heroische selbst postheroisch geworden.

Das *gute Sterben* und der *gute Tod* können zumindest von vier Sichtweisen her bestimmt werden[148]:

1. wissenschaftliche Perspektive,
2. (semi)professionelle Feldperspektive, z.B. Ärzte, Krankenschwestern, Altenpfleger, Hospizmitarbeiter,
3. Perspektive der sterbenden Person,
4. Perspektive von Bezugspersonen der sterbenden Person.

Die Feldmacht liegt bei den Personen von Punkt 2, die auch in Befragungen zur Konzeption des guten Sterbens oder des guten Todes hauptsächlich zu Wort kommen (Granda-Cameron/ Houldin 2012; Semino et al. 2014). Somit wird auch in Krankenhäusern und anderen Organi-

[147] Seale (1995; 2002a; 2002b, 183 ff) rekonstruiert aufgrund von Interviews den Typ des „heroischen Todes", der meist in Phasen verläuft – jedenfalls gemäß Erzählungen der überlebenden Begleiterinnen.
[148] Ausreichend differenzierte empirische Studien sind bisher nicht durchgeführt worden.

sationen das gute Sterben dieser Art im Dienste der ‚performative society[149]‘ angestrebt. Die Perspektiven der sterbenden Person und der Bezugspersonen gehen gefiltert in dieses Konzept ein (vgl. Zimmermann 2012), doch entscheidend ist der ‚ordnungsgemäße Verlauf', d.h. eine Minimierung der Irritationen des professionellen Personals (vgl. Costello 2006; Dreßke 2005). Ärzte haben zuerst im Laufe ihres historischen Eroberungsfeldzugs die Priester vom Sterbebett vertrieben und in Krankenhäusern schließlich die Bezugspersonen[150], die allerdings in den vergangenen Jahrzehnten wieder an Boden gewonnen haben. Die sterbende Person ist nun dem übermächtigen hochgerüsteten medizinischen System ausgeliefert – auch in Palliativstationen. Die Ärzte können juristisch gestützt ihre heilige Indikation, die vor allem ökonomisch unterfüttert ist, walten lassen, wobei die Fahnen der Selbstbestimmung und Würde geschwenkt werden[151], obwohl faktisch eine Kultur der Performativität die Rahmenbedingungen vorgibt, die von der Geburt bis zum Tod in den Habitus eingefräst wird.

Doch im klinischen Alltag sind Ärzte in ein komplexes organisatorisches Geschehen eingebunden. In einer Befragung (Good et al. 2004) gaben sie Einblick in ihre biomedizinischen Diskurse, die Verwendung von Technologien, die vielen Detailentscheidungen, die Diskussionen mit anderen Ärzten, dem Pflegepersonal und Angehörigen. Immer häufiger muss entschieden werden, Maßnahmen zu beenden oder nicht anzuwenden. In diesen komplexen Prozessen ist meist weder Zeit noch Raum für die Vorstellung des *guten Sterbens*, die nur durch Reflexion und Kommunikation auf einen akzeptablen Stand gehoben werden könnte.

Obwohl die Hospiz- und Palliativbewegung und -ökonomien über Vereine und über Medien ihre ‚Philosophie des guten Todes' und die ‚wundersame Harmonie zwischen Hospizpraktiken und Bedürfnissen der Sterbenden' verbreiten (vgl. Schneider 2006), beherrschen medizinische Modelle die terminalen Phasen. In Krankenhäusern und Heimen[152] bestimmt wie in Schulen das Kontrollpersonal, ob „gut“ gearbeitet bzw. gestorben[153] wurde oder nicht. Das „schlechte“ oder „unerwünschte“ Sterben („dirty dying“), das offiziell als Ausnahmephänomen gehandelt wird, wird nicht nur in prekären Pflegeheimen und Privatwohnungen, sondern auch in Palliativstationen, Hospizen und gut geführten Krankenhäusern beobachtet (Lawton 2000; McNamara 2001; Dreßke 2007) – und wird meist verborgen oder umgedeutet, ab und zu auch skandalisiert. Was die Betroffenen, d.h. die Sterbenden und die Bezugspersonen, für *gutes Sterben* und *guten Tod* halten, wurde zwar schon verschiedentlich untersucht (z.B. Kellehear 1990; Bradbury 1999; Clark 2002; Masson 2002), doch Generalisierungen sind angreifbar, da die Untersuchungen punktuell und nicht prozessbegleitend, begrenzt auf bestimmte Krankheiten, Altersgruppen und Regionen, und auch in anderer Weise eingeschränkt durchgeführt wurden. Manche Studien ergeben, dass die kognitiven Welten und die Prioritäten der Betroffenen und der Expertendiskurse über *gutes Sterben* große Diskrepanzen aufweisen (Gott et al. 2008; Steinhauser et al. 2000). Jedenfalls wünschen viele Menschen weder das Sterben im Krankenhaus, noch das im Hospiz, und schon gar nicht das „heimliche“ Sterben. Ein Teil dieser Personen mit ‚abweichenden' Wünschen entkommt dem wahrscheinlichen Schicksal durch Unfall, plötzlich zum Tod führender Krankheit, Gewalt oder Suizid.

[149] “performativity, a powerful and insidious policy technology that is now at work at all levels and in all kinds of education and public service, a technology that links effort, values, purposes and self-understanding to measures and comparisons of output” (Ball 2012, 29).
[150] Dies geschieht häufig mit Einverständnis und zur Entlastung der Bezugspersonen.
[151] Daraus kann selbstverständlich nicht geschlossen werden, dass im Durchschnitt die subjektive Lage für die Sterbenden in Krankenhäusern ‚schlechter' ist, als würden sie zu Hause sterben. Dies würde differenzierte Untersuchungen und ‚Experimente' erfordern, die nicht vorliegen.
[152] Aufgrund der miserablen Forschungslage lässt sich nicht einmal grob schätzen, in welchem Ausmaß in Deutschland unerwünschtes physisches, psychisches und soziales Sterben in Heimen und Krankenhäusern produziert wird.
[153] Dies ist durchaus doppeldeutig gemeint: Ob die sterbende Person und das professionelle Personal gut gearbeitet haben.

Milgram-Experiment *Sterben im Krankenhaus*

Die Milgram-Experimente zeigten, dass normale Menschen mehrheitlich, wenn es eine glaubhafte Autorität (weißer Mantel, früher fesche Offiziersuniform, Universitätsprofessor) – ohne Erpressung und starke Drohung - befiehlt, andere Menschen foltern. Die täglich tausendfach in der zivilisierten Welt stattfindenden Variationen von Milgram-Experimenten in Krankenhäusern, Heimen und anderen totalen Institutionen zeigen, dass normale Menschen, wenn es glaubhafte Autoritäten[154] vorschlagen, sich und Bezugspersonen foltern, psycho-physisch verstümmeln und ausbeuten lassen.

Da nach wie vor das meiste Sterben von Institutionen und Organisationen gestaltet wird, öffnen sich für das *eigene Sterben* – vor allem wenn es *eigenwilliges* Sterben sein soll – Konfliktzonen[155]. Somit dürfte „eine subjektive Wiederaneignung des organisierten und ausgegliederten Todes“ (Knoblauch/ Zingerle 2005, 20) noch immer ein seltenes Ereignis sein[156]. Vertreter der Hospizbewegung behaupten zwar, dass ein zentrales Ziel sei, dass jeder sein *eigenes Sterben* gestalten könne (vgl. Hayek 2006, 77 ff), doch es ergeben sich trotzdem die Probleme der Organisation, der oft quälenden Abhängigkeit und der Verengung der Lebenswelt, die ja schon im Privatbereich bei lange andauernder Pflegebedürftigkeit auftreten.[157] Somit sollte das „gute“ vom „eigenen“ Sterben getrennt werden. „Das gute Sterben wird - wie gesagt - von Organisationen oder Gruppen verwaltet und gesteuert, so dass das *eigene Sterben* häufig nicht „gut“ sein wird[158]. Dies zeigt sich vor allem bei der Gestaltung des Suizids, dessen „Gutsein“ gesellschaftlich und medizinisch in der Regel verhindert und geleugnet wird“ (Feldmann 2012b).[159] Man kann also die These aufstellen, dass in den reichen Zonen zwar das gute Sterben durch immer aufwändigere Maßnahmen, Professionalisierung und Technologie häufiger als früher erreicht wird, jedoch das eigene Sterben trotz intensiver Beschwörungsrhetorik in weitere Ferne rückt. Denn die Diskrepanz zwischen der Selbstbestimmungskompetenz der Sterbenden und der Fremdbestimmung der Person durch Professionelle und Angehörige nimmt ständig zu. Die sterbende Person wird somit immer besser ‚dressiert’ und professioneller fremdkonstruiert (vgl. Hadders 2011; Parker 2011).

Lebenswille, Todeswunsch, Lebenswunsch, Todeswille

Die Reihenfolge der Begriffe entspricht der Häufigkeit des Auftretens in wissenschaftlichen Schriften.

„… dass in einem Menschen beides – Todeswunsch und Lebenswille – gleich gewichtet nebeneinander vorhanden sein können, wurde bisher zu wenig gewürdigt. Hieraus erschließen sich für die Zukunft Möglichkeiten zu Interventionen, vielleicht auch mit dem Ziel, den Lebenswunsch auch im Sterben zu stärken“ (Ostgathe/ Galushko/ Voltz 2010, 254)[160].

Lebenswille wird biologistisch Priorität gegeben. Todeswille wird nur als verhärteter, pathologischer Todeswunsch verstanden. Lebenswunsch ruht auf dem Lebenswillen und soll ausnahmslos permanent gestärkt werden – eine dogmatische Wertung, deren Hinterfragen erstaunlicherweise in einer modernen pluralistischen Gesellschaft einen Tabubruch darstellt.

[154] Im Gegensatz zum klassischen Milgram-Experiment sind die Autoritäten der zweiten Art viel besser verankert und wirksamer, da sie schon in der Sozialisation angelegt werden, Teil des Habitus sind, und permanent durch ‚Experten’ gepflegt und gestärkt werden.

[155] Betreiber des *eigenen Sterbens* können sich explizit oder implizit von gutem, rationalem, natürlichem oder sonstigem von Personen oder Gruppen erwünschtem Sterben abgrenzen.

[156] Offiziell behaupten allerdings viele leitende Sprecherärzte von Krankenhäusern – ohne empirische Untersuchungen vorzuweisen – dass ‚bei ihnen’ patientenwunschgemäß gestorben wird.

[157] Nicht nur die *soziale Distanz* schafft Probleme (vgl. Hayek 2006, 67 ff), sondern komplexe Lebensweltänderungen, wobei die Zulassung und Realisierung von *Selbstbestimmung* von Habitus, Kapital, kulturellen Rahmungen, organisatorischen Gegebenheiten etc. abhängig ist.

[158] Autorität den Spielraum Sterbender und ihrer Bezugspersonen rahmend meint Schockenhoff (2008, 69): „.. dem Sterbenden Raum für seinen eigenen Tod im Sinne des ihm verfügten Todes zu gewähren.“

[159] Um diese Leugnung zu ‚objektivieren’, wird durch Suizidologie und Psychiatrie ‚Wissenschaft’ missbraucht.

[160] Vgl. auch Galushko/ Voltz 2012.

Auch beim Sterben in Hospizen und Palliativstationen entstehen häufig meist unterdrückte Wünsche nach Lebensverkürzung z.B. aufgrund von Ängsten vor unerwünschter Identitätsveränderung und psycho-sozialer Dissonanzerfahrungen (Seale 1998, 188 ff, Terry et al. 2006; Gill 2009, 28 f).

Kellehear (2007a, 213 ff) nennt ein Kapitel seines Buches: „The birth of the shameful death“.[161] Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, des optionenreichen Lebenslaufes, der multidimensionalen sozialen Ungleichheit, der verbesserten Bildung, der Vervielfältigung der Diagnosen und Therapien, der lebensweltlich verwobenen Multimorbidität und der Verbreitung idealisierter Sterbebilder differenzieren sich die Schemata und Skripte im Feld des Sterbens; kurz gesagt: einen „shameful death“ zu vermeiden, gewinnt an Bedeutung. Gleichzeitig entwickelt sich ein professionelles Legitimationsfeld zur klientengerechten Gestaltung und Akzeptanz des „shameful death“ – der selbstverständlich nicht so genannt werden darf.[162]

Demenz und gutes Sterben

„Der Aussage, „Die Vorstellung, selbst an einer Demenz zu erkranken, ist für mich sehr bedrohlich“, stimmen drei Viertel der Bevölkerung zu. „Es ist besser, früher und geistig fit zu sterben als später an oder mit einer Demenz“ stößt bei zwei Dritteln der Bevölkerung auf Zustimmung. Lange wurde im Vorfeld über den Einsatz dieser letzten Aussage diskutiert, besteht doch die Gefahr, dass dadurch weiteres Öl in das Stigmafeuer gegossen und dem negativen Duktus in der Diskussion um Alzheimer noch mehr Vorschub geleistet wird.

Diese Frage öffnet weite Räume: von der eigenen Vorstellung, mit Demenz leben zu müssen, über die Frage, unter welchen Bedingungen das eigene Leben lebenswert ist, bis hin zu Fragen der Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Doch die dahinter stehende Aussage entspringt den alltäglichen Diskussionen, die Menschen über Alzheimer führen, und aus diesem Grund wurde sie in die Befragung integriert. Sicher gibt man ein derart existenzielles Statement in einer solchen Fragebogenerhebung etwas lapidarer und unüberlegter ab als in einer realen Situation – dennoch: Einen Beigeschmack zum eingeschätzten (Lebens-)Wert des Lebens mit Demenz hinterlässt das schon. Hierin drückt sich ein großer Wunsch aus, im Alter von Demenz verschont zu bleiben und bis zum letzten Tag selbstbestimmt leben zu können.“ (Kofahl et al. 2013).

These 2c: Gutes und eigenes Sterben werden für die Mehrzahl der Sterbenden sowohl in der EU als auch global weder derzeit noch in Zukunft durch die Hospizbewegung und die Palliativmedizin hergestellt, sondern durch die Verringerung der sozialen Ungleichheit und die Verbesserung der Lebensverhältnisse.

These 2d: Schon seit zwei Jahrzehnten (oder auch länger?) bestehen auf zwei Dimensionen globale und nationale – schamhaft an den Rand der öffentlichen Diskussionen gedrängte - Trends: Polarisierung zwischen den Polen Premiumsterben und prekäre Sterbeverhältnisse und der hohen und geringen Kosten des Sterbens.

Soziales und psychisches Sterben

These 2e: Nicht Krankheiten sind die Hauptursachen für ‚frühzeitiges' Sterben von Menschen, sondern soziokulturelle Bedingungen, vor allem Prozesse des sozialen Sterbens und Tötens.[163]

---

[161] "… not being able to control bodily functions such as urine and feces led to feelings of shame, embarrassment, humiliation, indignity and frustration (cf. Twigg, 2000; Widding Isaksen, 2002)" (Whitaker 2010, 99).

[162] Auch im englischen Sprachraum sind Bezeichnungen wie „shameful death“ oder „falling from culture“ (Seale) nur bei kritischen Soziologen zu finden, während Mediziner, Philosophen und Theologen euphemistische oder ‚technische' Begriffe verwenden. Die von Kellehear 2007 publizierte Wendung „the birth of the shameful death“ wurde im englischsprachigen Internetraum ignoriert, d.h. sie wurde bis 2010 nur von mir aufgegriffen.

[163] Die Wahrheit der These hängt u.a. von der Operationalisierung des Begriffs „Mensch“ ab, z.B. ab Empfängnis, ab einem bestimmten Schwangerschaftsmonat oder ab der Geburt.

Sozial und psychisch wichtige körperliche Ereignisse und Prozesse werden interdisziplinär erforscht und diskutiert: sexuelles Verhalten, neuronale Prozesse, sportliche Leistungen, Gewalttaten etc.
Es werden Konstrukte und Theorien geschaffen, um natur- und sozialwissenschaftliche Wirklichkeitskonstruktion auf kulturellen Märkten anzubieten:

- Sex (physisches Geschlecht) – Gender (soziales Geschlecht)
- Gehirn (physisches neuronales System) – Bewusstsein, Geist, Ich etc. (psychisches System)
- Gesellschaft (soziales System) – Individuum (psychisches System).

Korrespondierend mit diesen Differenzierungen kann physisches, psychisches und soziales Leben und Sterben unterschieden werden (vgl. Feldmann 2010d, 126 ff; Hoffmann 2011, 184 ff).

Formen des Lebens und Sterbens		
Physisches	*Psychisches Leben*	*Soziales*
Gesundheit Jugend Lebenslänge	Psychische Gesundheit Selbstverwirklichung	Status Leistung Eigentum
Krankheit Alter Schmerz	Bewusstseinsverlust Todeswunsch	Sozialer Abstieg Rollenverlust, Versklavung Marginalisierung
Physisches	*Psychisches Sterben*	*Soziales*

Abb. 2: Formen des Lebens und Sterbens (Feldmann 2010d, 20)

Die Annahme eines ‚einheitlichen' psychischen Systems beruht auf einem vereinfachten Modell. Das Gehirn ist ein Teil des Körpers und das ‚Psychische' kann aufgrund der derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisse unterschiedlich bestimmt werden. Der Körper und das ‚Psychische' sind in einem Komplex von Teilsystemen eingeordnet und ihr jeweiliges Funktionieren kann von unterschiedlichen Theorien ‚erklärt' werden. Die Schwierigkeiten der Modellbildung betreffen jedoch nicht nur die hier vorgelegte Typologie, sondern sämtliche Basiskonstrukte einer Biothanatologie und der mit Sterben befassten Systeme und Institutionen Medizin, Recht, Biologie, Politik, Religion, Bildung, Medien etc.

Diese Differenzierung der Formen des Lebens und Sterbens richtet sich gegen eine reduktionistische biologische und medizinische Semiotik, die rechtlich und politisch gestützt wird.

These 2e: Die Differenzierung in physisches, soziales und psychisches Sterben wird in der herrschenden Medizinsemantik abgelehnt, da sie mit den Exklusions- und Kapitalakkumulationsinteressen der Profession nicht kompatibel ist.

Dass diese Sterbetypologie das Beschreiben und Erklären mehrdimensionaler Prozesse erleichtert und das Wissen unabhängiger vom Feld der Macht (Bourdieu) gestalten lässt, wird in diesem Text an verschiedenen Stellen erkennbar. Hier wird ein Beispiel für eine fruchtbare Anwendung kurz vorgestellt. Bei einer multiparadigmatischen und demokratischen Bestimmung und Institutionalisierung des Schlüsselbegriffs ‚Lebensqualität' könnte diese Typologie eingesetzt werden. „Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen …" (Robert-Koch-Institut 2004). Untersuchungen und Instrumentenkonstruktion zur *Sterbequalität*, einem Teilkonzept von Lebensqualität, ergaben sieben Dimensionen, wobei in diesem Zusammenhang die ersten vier wesentlich sind: physische, psychische, soziale und spirituelle Erfahrungen (vgl. Hales/ Zim-

mermann 2008). In der hier vorgeschlagenen Typologie werden die psychische und die spirituelle Dimension zu einer zusammengezogen[164].
Weder rechtlich noch wissenschaftlich kann verbindlich mitgeteilt werden, wann psychisches oder soziales Sterben beginnen. Es hängt von Feldbedingungen und der Kapitalausstattung des Individuums[165] ab, wieweit es für sich solche Fragen stellen und beantworten und erwarten kann, dass die anderen Spieler seine Deutungen und Entscheidungen anerkennen. Fremdbestimmungen über das Sterben von gesellschaftlich bedeutsamen Teilen des psychischen Systems wären z.B. berufsbezogene Diagnose der starken Abnahme kognitiver oder anderer Kompetenzen oder behördliche Feststellung der Inkompetenz, einen eigenen Haushalt ohne gravierende Fremd- oder Selbstgefährdung zu führen. An diesen Beispielen ist erkennbar, dass die Bestimmung von psychischem und sozialem Sterben kultur- und theorieabhängigen Charakter hat und multidimensional erfolgen kann. Allerdings erscheinen Sterbedifferenzierungen und –erfahrungen Menschen durch die gesellschaftlichen und medizinischen Verhältnisse als selbstverständliche Realitätsbeschreibungen.

> “They experience, as no previous generation has experienced, the painful subdivision of dying and death into its component parts. They learn first hand what it means to cope with the death of reproduction, the death of erotic desire, the death of the ability to run and jump, the death of memory, the death of laughter, the death of playfulness, the death of the will to live” (Keane 2008, 8).

Warum nehmen Menschen elendes Sterben in Heimen, Krankenhäusern und Palliativstationen hin? Für die meisten gilt: sie sind kulturell gefangen, von Professionellen ‚versklavt', sie meinen, weil es ihnen eingeredet wird, dass sie keine Alternativen haben, sie sind die wirklich Eingeengten, mehr als viele Suizidenten. Sie sind auch Schnäppchenjäger: noch eine gute Therapie, die die Krankenkasse bezahlt, ein Platz im Hospiz oder auf einer Edelpalliativstation – das kann man doch nicht ausschlagen! Sie haben Angst, loser zu sein, die Anerkennung durch andere zu verlieren. Folter, Quälerei und Angst werden durch die soziale Anerkennung und die symbolische Kapitalisierung im Rahmen eines wichtigen Feldes mit teilweise bewundernswerten Feldspielern aufgewogen. Dies kann als heroisches Konsumentensterben gedeutet werden, ein Nachfolgeprodukt des kriegerischen Ideals in einer pazifizierten Gesellschaft, eine inszenierte ökonomisierte Verschränkung von physischem, sozialem und psychischem Sterben.

> „Soziales Sterben kann als schwerwiegender Verlust von Anerkennung, sozialer Teilhabe, Interaktions- und Kommunikationschancen, Positionen und Rollen definiert werden (Feldmann 1997, 80 ff; Kade 2007, 48 ff; Raven 2009, 175)“ (Feldmann 2012b).[166]

Wie das physische kann auch das soziale Sterben sehr unterschiedlich verursacht werden: Krankheit, Krieg, Vertreibung, Gewalt, soziale Verluste (z.B. Arbeit, Familie, Wohnung), Freiheitsverlust, Ausstoßen aus der Gemeinschaft usw.

Soziales Sterben ist ein prekäres Konstrukt, mangelhaft verankert im thanatologischen Feld, d.h. in den beteiligten Wissenschaften besteht kein Mehrheitskonsens bezüglich der Nutzung des Begriffs und der Begriffsbestimmung. Soziales Sterben kann von der Positionierung einer Person in sozialen Räumen her bestimmt werden. Soziale und physische Räume sind verschränkt. Privilegierte Personen verfügen über eigene gut ausgestattete und gesicherte physische und soziale Räume, unterprivilegierte müssen in Fremdräumen leben und sterben, werden

---

[164] Auch im sozialen und physischen Teil sind spirituelle Elemente enthalten – abhängig von der Definition von „spirituell“, einem Jokerwort. Die Privilegierung des „Spirituellen“ als eigene Dimension kann als Tribut der Medizin gegenüber dem Konkurrenten Religion gedeutet werden (vgl. zu moderner Spiritualität Green 2008, 196 ff) – oder auch als Versuch, Religiosität zu medikalisieren. In medizinischen thanatologischen Schriften wird teilweise die psychische Dimension verborgen und nur die spirituelle genannt, da die Medizin in Teilen Nachfolgerin der Religion ist und auch häufig mit dem religiösen Establishment verbunden agiert.

[165] Physisches, psychisches, soziales, ökonomisches und kulturelles Kapital.

[166] Ein Beispiel für eine (unvollständige) Bestimmung von social death: „implying loss of identity and family ties as well as other meaningful social relations, loss of employment, property and other material rights in society and a role and identity in the political community“ (Amnéus 2011, 70).

dort missbraucht und gedemütigt. Für Unterprivilegierte und ‚sozial Schwache’ findet während ihres Lebens häufiger soziales und psychisches Sterben statt.

Sudnow, Glaser, Strauss und andere meinten, dass der Begriff soziales Sterben nur im Zusammenhang mit der terminalen physischen Phase verwendet werden sollte[167]. Doch die Operationalisierung des *physischen, psychischen und sozialen Sterbens* sollte nicht nur für Untersuchungen in westlichen Krankenhäusern geeignet, sondern interkulturell und international nutzbar sein (vgl. Patterson 1982). Sterben und Tod haben sich im Laufe der Kultur- und Gesellschaftsentwicklung ausdifferenziert, so dass eine rigide eingeschränkte Gestaltung des soziosemantischen Raumes zwar im Interesse[168] von medizinischen und juristischen Funktionären liegen mag, aber nicht der Wissens-, Wissenschafts- und Gesellschaftsentwicklung dient (vgl. Schneider 1999, 23 f)[169].

Einige Hinweise sollen diese These bestätigen: Nach wie vor bedeutet Verwittwung für viele Frauen in afrikanischen und asiatischen Regionen Verlust an Anerkennung und Lebenschancen, also soziales Sterben. Nach wie vor setzen weltweit Männer ihr Leben in Kämpfen ein, weil Feigheit und Vermeidung des Kampfes ihren sozialen Tod mit sich bringen können. Auch wenn es sich nur um eine Minderheit der Männer handeln dürfte, für die der Verlust des Arbeitsplatzes oder des Vermögens schmerzhafter als der Tod von Mutter oder Vater ist, und nur wenige aufgrund des Mangels an sozialer Anerkennung Suizid begehen, weisen diese Tatsachen auf die Bedeutung des sozialen Sterbens hin. Vor allem hat sich das prämortale soziale Sterben in der modernen Gesellschaft verbreitet, weil Kranke und Sterbende häufiger in Organisationen gebracht werden und die sozialen Beziehungen zu Bezugspersonen in vielen Fällen verkümmern (vgl. Kubyk 2010).

> „Older patients and relatives relating their emergency care experiences, as opposed to other urgent care services, frequently reflected a diminished sense of significance, that is, a sense that they did not matter (Davies et al., 1999; Nolan et al., 2006)“ (Bridges/ Nugus 2010, 48).

Forschungen zum meist schrittweisen Verlust von körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen zeigen, dass betroffene Personen zwar in der Regel die sozial erwünschten verschleiernden Sprechweisen wählen, doch trotzdem die Erkenntnis, dass sie psychisch und sozial sterben, oft verbal oder auch nonverbal expliziert wird.

> „Pat, aged 98, talked of the loss of not being able to go outside as ‘so terrible’ for, ‘that’s when I feel alive’” (Nicholson et al. 2012, 1428).

In einer Befragung alter Menschen konnte ebenfalls die zentrale Bedeutung psychosozialer Aspekte beim Sterben bestätigt werden.

> “Physical suffering itself appeared a lesser concern than the shame of a disintegrating body (Street & Kissane, 2001), and the psychological anguish about being dependent, dehumanized and disconnected” (Lamers & Williams 2015, 7).

Bezugspersonen wollen oft das psychische und soziale Sterben einer nahestehenden Person nicht anerkennen, sondern erzwingen ‚Leben‘.

> “Florence seemed to struggle to allow herself to feel dependent and accept appropriate aids to mobilise. Rather she wanted to stop walking, she slept as much as she was allowed, and talked of wanting

[167] Einige Autoren meinen, dass der Begriff „soziales Sterben“ eine metaphorische Verwendung im Gegensatz zu dem Begriff „physisches Sterben“ darstellt, wobei auf das Kriterium „Reversibilität“ hingewiesen wird (vgl. Fuchs-Heinritz 2010). Doch sowohl das soziale als auch das physische Sterben können je nach Kontext und Perspektive als reversibel oder irreversibel erscheinen, was hier nicht näher ausgeführt werden kann (vgl. Wittkowski 2011, 69).

[168] Interessen von Funktionären werden aus den öffentlichen Äußerungen und Entscheidungen der Funktionäre erschlossen, es handelt sich um positions- und rollenspezifische Ziele, Erwartungen und Forderungen.

[169] Ein Beispiel für Missverständnisse aufgrund mangelhafter Differenzierung des Sterbebegriffs: „Man kann ja niemanden töten, der schon tot ist, längst vor der Spritze sozial getötet wurde“ (Higgins 2004, 1095: Übersetzung in Lafontaine 2010, 174).

to die. This was difficult for her son who kept waking her up and urging her to look to the future" (Nicholson et al. 2012, 1429).

Doch noch andere ‚Aspekte' sprechen für die Verwendung des denk- und handlungsprovozierenden Begriffs *soziales Sterben* (social death): Weltweit sterben Millionen nicht nur frühzeitig physisch sondern permanent und nachhaltig sozial. Absolute Armut und partiell auch relative Armut[170] sind mit mehrdimensionalem physischem, psychischem und sozialem Sterben verbunden (vgl. Rosenfeld/ Tardieu 2000).[171]

Thanatologisches Forschungsthema: Zusammenhang zwischen den gestiegenen Preisen für das ordnungsgemäße physische Sterben in reichen Ländern und den gesunkenen Preisen für Sklaven[172] in armen Ländern.

Hoffmann (2011, 172) schließt an Goffman, Elias (1982) und Simmel an und meint, dass „das für den modernen Menschen gänzlich Unzumutbare darin [liegt], sich selbst als Verfallenden erleben zu müssen."

„Das schwer zu Ertragende liegt dabei darin, den eigenen Körper, der einem normalerweise selbstverständlich vertraut ist, plötzlich als fremd zu empfinden. Die Gewissheit der eigenen Identität[173] gerät dabei in größte Gefahr" (ebd., 182).

„Es erscheint also angemessen, den Begriff des ‚sozialen Sterbens' in unserem Sinne zu erweitern. Und zwar um die Dimension der Bedrohung oder gar Zerstörung des zivilisatorischen Niveaus, die man vor allem auch selbst wahrnimmt und von der man zudem aber noch weiß, dass sie auch von den Anderen wahrgenommen wird. Mitansehen zu müssen, wie die Anderen sehen, dass man sich nicht mehr als der betrachten kann, der man sein will und der man einmal war: das meint ‚soziales Sterben'." (ebd., 212)

„Man kann die Ausführungen von Hoffmann auch so interpretieren, dass physisches, soziales und psychisches Sterben verschränkt sind und mit zunehmender Zivilisierung, Kultivierung und Bildung ‚Widersprüche' und Spannungen entstehen, für die neue Formen der Bewältigung erforderlich sind und gefunden werden – wobei Hospize und palliative care nur unter bestimmten Bedingungen brauchbare Lösungen anbieten" (Feldmann 2014a, 28). Das Spektrum an Entwicklung und Zerstörung von Körper, Psyche und sozialer Identität in der heutigen Weltgesellschaft hat sich erweitert und es ist kein Ende dieses Prozesses zu erkennen. Wie sich die Vielfalt der Konstrukte, die im Folgenden in Auswahl erscheinen, auf die Bewältigung der Verunsicherung und der gesellschaftlichen Mangelzustände auswirkt, entzieht sich präziser Beschreibung. Konstrukte: Exklusion, Verdinglichung, Entsubjektivierung, Entgrenzung, Marginalisierung, Entwürdigung, körperlicher und sozialer Selbstkontrollverlust, Machtvakuum, abjection, "loss of agency and bodily self control" (Gilleard/ Higgs 2011, 141).

Die Ablehnung und ‚symbolische Vernichtung' von (sozialwissenschaftlichen) Differenzierungen im Feld Sterben ergeben sich u.a. aufgrund der im medizinischen (und politischen) System erwünschten Naturalisierung und Monopolisierung des physischen Sterbens und seiner Instrumentalisierung, die der rollenkonformen Sichtverengung und der Sicherung und Entlastung des medizinischen Personals dient (vgl. Dreßke 2005, 228 f). Die juristisch gestützte und

[170] Die Armutsforschung blendet allerdings in der Regel Sterben und Tod aus. Sachregister sind gut geeignet, die impliziten Regelsysteme von Wissenschaftsbereichen zu betrachten. Im Sachregister des Werkes „Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung" (Huster et al. 2012) sind folgende Begriffe NICHT zu finden: Tod, Sterben, Lebenslänge, Lebensdauer, Lebensqualität.

[171] „Wer arm ist, wird doppelt bestraft. Er hat nicht nur weniger, er ist auch kränker und stirbt früher." http://www.heise.de/tp/blogs/10/150793

[172] Der Begriff Sklave ist nicht eindeutig bestimmt, doch er gibt einen Hinweis auf starke Verluste an Handlungsfreiheit und auf mangelhaften Schutz vor Gewalt.

[173] Hierbei kann der Schwerpunkt auf der personalen oder der sozialen Identität liegen. Wenn eine Person ihre personale Identität gefährdet sieht, wird sie durch Versicherungen, dass die Bezugspersonen und Pflegekräfte über eine ‚neue positive Sichtweise' verfügen, nicht beruhigt werden.

professionell gesteuerte paternalistische Dogmatisierung, Naturalisierung und scheinbare Vernaturwissenschaftlichung könnten bei einer öffentlichen Differenzierung des semantischen Raumes und der Einbeziehung des psychischen und sozialen Sterbens ins Wanken geraten. Auch die Verschleierung und partielle Sakralisierung der ökonomischen, professionellen und technischen Feinsteuerung des Sterbens könnten durch das Einbeziehen der anderen beiden Sterbeformen in öffentliche Diskurse schwerer aufrechterhalten werden. Die Ignoranz gegenüber den Konstrukten soziales und psychisches Sterben ist mit einer Vernachlässigung der Selbst- und Kontextbestimmung, mit der Ablehnung aktiver Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid[174] positiv verbunden.

Exkurs: Modernes Sterben als Übergang

Während in traditionalen Kulturen vor allem der Übergang ins Jenseits herausgestellt oder durch die wissenschaftlichen und anderen Außenbeobachter ins Zentrum gerückt wurde (vgl. Feldmann 2004, 44 ff), ist in einer modernen Gesellschaft Übergang anders zu begreifen. Er ist ‚diesseitig', wobei der perspektivische Schwerpunkt auf der prämortalen oder auf der postmortalen Phase liegen kann. Eine prämortale Übergangsproblematik wird in folgender qualitativer Studie von sehr alten Menschen analysiert.

"Others … use the concept of persistent liminality to underpin the subjective experience of living with lifelimiting illness. It is a state in which identity is continually negotiated through a prolonged dialectic between body and self. The findings from this study reveal the physical and psychological effort of living in a persistent 'betwixt and between' state" (Nicholson et al. 2012, 1429).

Wenn ein sterbender Mensch diesen Übergang[175] in postmortaler Perspektive im Blick hat, z.B. das ökonomische und soziale Kapital seiner kleinen Gemeinschaft, seiner Familie etc. erhalten oder vermehren will, dann möchte er Entscheidungen über medizinische, pflegerische und andere Maßnahmen nicht unbedingt gemäß den ‚professionellen' Ratschlägen treffen. Diese komplexen Zusammenhänge zwischen *physischem, psychischem und sozialem Sterben aller beteiligten Personen* können nicht primär medizinisch oder juristisch ‚beherrscht' werden.

Die Ideologisierung und Stilisierung des physischen Sterbens[176] wird auch daran erkennbar, dass die Konkurrenz mit anderen Lebensereignissen in die Diskurse kaum einbezogen wird. Trotz ‚Bildung' und Propaganda, überwacht von Funktionären der Medizin, des Rechts, der Medien und der Religion, besteht im Bewusstsein moderner Menschen keine *saubere Trennung* zwischen dem physischen Sterben von Bezugspersonen und anderen bedeutsamen sozialen Verlusten.[177]

Die multidisziplinär von Experten gestützte Dogmatik, dass (professionell geleitetes) physisches Sterben medizinisch, philosophisch, juristisch und theologisch grundsätzlich ‚hochwertiger' ist als soziales oder psychisches Sterben[178], wird in den hoch entwickelten Staaten u.a. eingesetzt, um politisch und ökonomisch verursachte[179] Ungleichheit, Exklusion, Verelendung, Sklaverei[180] und Folter zu tolerieren und instrumentalisieren zu können.

[174] Eine derartige Interpretation wird z.B. durch die Forschungsergebnisse von Norwood (2009) nahegelegt.

[175] Die ‚Übergangsenergie' wird ökonomisch und professionell verwertet und steht somit für andere sozio-kulturelle Zwecke nicht oder nur in geringem Maße zur Verfügung.

[176] „a privileging of concern with the physical body over the social body" (Page 2010, 32).

[177] „In allen lebensgeschichtlichen Selbstbeschreibungen des der Studie zugrundeliegenden Samples werden neben Verlusterfahrungen durch Tod auch andere Kontinuitätsunterbrechungen wie der Verlust von Heimat, politischer Systemwechsel, Verlust des Arbeitsplatzes, Trennung von der Herkunftsfamilie, von der Lebensgefährtin oder dem Ehepartner thematisiert" (Winkel 2005, 184).

[178] Untersuchungen zeigen, dass die medizinisch und pflegerisch fokussierten „physischen" Aspekte überschätzt, und die „psychischen" und „sozialen" unterschätzt werden (vgl. Small/ Rhodes 2000, 65).

[179] „social death promoted by casino capitalism" (Giroux 2011)

[180] Der Lebensstil und Wohlstand in den reichen Staaten beruht auf einer ausgelagerten Sklavenwirtschaft (vgl. z.B. Gluck 2010).

	physisches Sterben	*psychisches Sterben*	*soziales Sterben*
Selbstbestimmung	Suizid, Verweigerung med. Behandlung	Suizid	Disengagement, Kommunikationsverweigerung
Fremdbestimmung	ärztlich geleitete terminale Phase	hochgradige Demenz, Dauerkoma	Gefängnis, Pflegeheim, Sklaverei

Abb. 3: Selbst- und fremdbestimmte Sterbeformen und -kontexte

Folgende Konstrukte und Felder sind für Analysen sozialer und psychischer Sterbeformen zu empfehlen: Ausschluss, Isolation, Marginalisierung, Verdinglichung, Depersonalisierung, Verringerung von Teilhabechancen, Desozialisierung, Rollenverlust, „die Überflüssigen“, Prekariat etc. Die Schwäche der Thanatologie und auch der *life sciences* ist u.a. an ihrer Abstinenz gegenüber diesen Problembereichen abzulesen.

> „In den meisten Kulturen gab es zwei Hauptformen des sozialen Sterbens: einerseits die radikale Exklusion[181], der Ausschluss aus der Gemeinschaft, die soziale Nichtexistenz, die meist zum frühzeitigen physischen Tod führte, andererseits das normale soziale Sterben nach dem physischen Tod, d.h. das ritualisierte Ausdriften aus der diesseitigen Gemeinschaft, in der Regel verbunden mit dem Übergang in ein Reich der Toten“ (Feldmann 2010a, 576).[182]

Die erste Form, die radikale soziale Exklusion, kennen in zivilisierter Form auch die Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften (Gefängnisse, Pflegeheime, Ausweisung)[183], während die zweite Form sich gespalten hat, in die privatisierte Jenseitsreise[184], und das strukturelle prämortale soziale Sterben: Arbeitsplatzverlust, Rollenverlust, Ausgrenzung aus dem Zentrum der Gesellschaft durch Krankheit etc.

Soziales Sterben	*prämortal*	*postmortal*
Selbstbestimmung	Rückzug aus der Gemeinschaft	Arbeit für das personale soziale Weiterleben
Fremdbestimmung	Arbeitslosigkeit, Verrentung, Ausweisung, Gefängnis	Gedenkstätten und –tage, Totenmessen, Trauerarbeit

Abb. 4: Prä- und postmortale Formen des sozialen Sterbens

Das Herstellen des sozialen Lebens und Sterbens wurde in modernen Gesellschaften differenziert und dynamisiert: Inklusion und Exklusion werden z.B. durch Körperkontrolle hergestellt. Dies lässt sich am Zugriff auf den Körper zeigen (vier Formen nach Turner 1996):

- *Reproduktion*: Medikalisierung, Überwachung und Hierarchisierung der nach Geschlecht, sozialer Gruppenzugehörigkeit etc. segregierten Körper.
- *Normierung* im Raum: Kollektive (Staaten, Organisationen etc.) existieren in Territorien, in denen die Körper angeordnet und ihnen Aufgaben zugeteilt werden müssen.[185]
- *Disziplinierung* des *inneren* Körpers: Man denke an die unzähligen Alltagsrituale, die sich um den Körper ranken, Zähneputzen, Medikamente einnehmen, Fitnesstraining, Essen usw.[186]

---

[181] Ludwig-Mayerhofer/ Kühn (2010, 140) meinen, dass in systemtheoretischen Schriften die radikale Exklusion auch in der modernen Gesellschaft diagnostiziert wird: „Allgemein ist vor allem bei systemtheoretischen Autoren eine Tendenz zu konstatieren, Exklusion als radikale und vollständige Abspaltung der Betroffenen von der Gesellschaft, genauer: als kumulierte oder Total-Exklusion aus sämtlichen gesellschaftlichen Teilsystemen zu konzipieren; die Exkludierten leben in systemtheoretischer Konzeption gleichsam in „schwarzen Löchern“, aus denen „so gut wie nie etwas … heraus“ findet (Stichweh 2005: 59)“.

[182] Die Gestaltung des Übergangs in das Reich der Toten wird heute in einer Minderheit der Fälle in das Diesseits verlegt: Dauerkoma (PVS), schwere Demenz.

[183] Sassen (2014) beschreibt globale spaces of expulsion, einen Wachstumsbereich, wodurch das soziale und psychische Sterben und Töten dynamisiert und differenziert wird.

[184] Die Privatisierung beginnt für viele schon vor dem physischen Tod, setzt sich in der möglichst privaten Bestattung (vgl. Schulz Meinen 2009) fort und endet in den evtl. aufgezeichneten postmortalen Vorstellungen des verstorbenen Menschen und seiner Bezugspersonen.

[185] Die sterbenden Körper sollen in organisierten Betten liegen, gesteuert von Professionellen.

- *Darstellung* des *äußeren* Körpers[187]: Der Körper wird in bestimmter Weise in der Öffentlichkeit gezeigt; kosmetische Zurichtung, Kleidung, einstudierte Gestik und Mimik usw. (63)

Diese Einteilung kann für die Beschreibung des sozialen Sterbens fruchtbar gemacht werden. „Weibliche Körper, die nicht mehr für die Reproduktion geeignet sind (Menopause), Körper, die ‚abstoßend' sind, nicht in der Öffentlichkeit gezeigt werden sollen (z.B. Verunstaltung durch Krankheit bzw. Operation), Körper, die nicht ausreichend diszipliniert sind (z.B. bei neurologischen Erkrankungen, Inkontinenz) oder Körper, die gegen die (räumliche) Normierung rebellieren (z.B. Desertion, Phobien) werden in modernen Gesellschaften sozial marginalisiert, müssen aus dem Zentrum verschwinden (Überweisung in Krankenhäuser, psychiatrische Anstalten, Heime, Gefängnisse, Isolation in der eigenen Wohnung etc)" (Feldmann 2012a, 33).

Psychisches Leben und Sterben

> "Her son suggested she should take control, for the future was what you made it. Florence replied 'What can I make of it when I can't see?' … she was voicing something about her feeling as though a part of her had already died; she seemed unable to live well in her increasingly dependent and out-of-focus world" (Nicholson et al. 2012, 1431).

These 2f: Über die Vielfalt und die Nutzung des psychischen Sterbens wird zu wenig Aufklärung oder Bildung betrieben. Somit verfügen auch die Gebildeten in der Regel nur über grobe klischeehafte Kenntnisse und Ideologien. Diese Unbildung in der Bevölkerung hat u.a. die Funktion, Privilegierungen und Kapitalverteilungen in diesen Feldern abzusichern.

Die pluralistischen Selbst- und Fremdbeschreibungen von Psyche, Ich, Selbst, Bewusstsein, Selbstbewusstsein, Person etc. erschweren Bestimmungen des *psychischen Sterbens*. In dem hier vorgelegten Argumentationszusammenhang umfasst das psychische Sterben u.a. Bewusstseinsverlust oder Zerstörung der personalen Identität (Charmaz 1983; Howarth 2007a, 181; Kade 2007, 44 ff).[188] Die Hauptursachen des psychischen Sterbens können in der Psyche selbst, im Körper oder im ‚Sozialteil' liegen. Der *psychogene Tod* kann als Zusammenspiel von sozialem und psychischem Sterben und Töten begriffen werden (vgl. Schmid 2010), wobei der physische Tod ‚erzwungen' wird.

Das psychische System wird von außen, d.h. von anderen Menschen und „Hybriden" (Latour), mit Modellen, Hypothesen, wissenschaftlichen und anderen Instrumenten beobachtet und untersucht. Diagnosen eines psychischen Systems sind perspektivisch und interpretationsbedürftig – trotz erstaunlicher Fortschritte der Psychologie und der Gehirnforschung. Es bestehen starke professionelle Interessen, das psychische Leben und Sterben zu medikalisieren, organisatorisch störende Formen zu pathologisieren (Psychiatrie, Suizidologie)[189] und eine lukrative Gutachter- und Krankenkassenobjektivität zu installieren.

Die Relativität physischen, psychischen und sozialen Lebens und Sterbens

Menschen können habituell an eine psychosoziale Lebensform gebunden sein. Diese Bindung formt auch ihre Sichtweise über Leben und Sterben. An dem Beispiel von Suiziden, die nach einer Studie mit übertriebenem Perfektionismus verbunden waren, soll dies verdeutlicht wer-

[186] PEG-Sonden sind neue „unheimliche" Disziplinierungsinstrumente, Eingriffe in Körper von Menschen, die in der Regel nicht ihr Einverständnis erklären. Dies ist ein eigentümlicher „Widerspruch" zu der Transplantationsgesetzgebung in Deutschland, in der selbst bei einem Toten bestimmte Eingriffe nicht gestattet sind, wenn dieser nicht als Lebender seine Zustimmung gegeben hat.

[187] In Stationen mit Dauerkomapatienten wird der „äußere Körper" verborgen und nur für Auserwählte ausgestellt und über den „inneren Körper" werden Mythen verbreitet.

[188] Claude Lévi-Strauss, der 100 Jahre alt wurde, nannte sich selbst im hohen Alter „ein zerstörtes Hologramm".

[189] Selbstverständlich wird der Ausdruck „psychisches Sterben" in der Psychiatrie und Suizidologie vermieden, weil er unerwünschte Reflexionsanregungen bietet.

den (Kiamanesh et al. 2014). Diese Suizide, für die keine Hinweise auf Depression oder andere psychische Erkrankungen gefunden werden konnten, waren durch folgende Einstellungen der Personen gekennzeichnet:

1. striving for success;
2. fear of failure;
3. keeping up the façade; and
4. rigidity.

"Perfectionists are likely to measure their personal worth and self-esteem by success and productivity, so they tend to equate perfect performance with high self-worth and perceive failure as a sign of worthlessness" (394).

Während diese „objektiv" sozial erfolgreichen Personen aufgrund ihrer perfektionistischen Haltung im Gegensatz zu ihren Bezugspersonen sich als Versager sahen und als Konsequenz dieser Selbstdiagnose die krasseste Form der Beendigung ihres physischen, sozialen und psychischen Lebens wählten, sind andere Personen trotz „objektiv" totalem Versagen und extremer Stigmatisierung auch unter Schmerzen und anderen physischen, sozialen und psychischen Beeinträchtigungen an einem Weiterleben interessiert. Diese andere Extremgruppe ist stark medikalisiert, während die erste Gruppe weniger medikalisiert ist, so dass die thanatologischen und suizidologischen Hilfstruppen der Medizin an ihrer Medikalisierung arbeiten.

Walter (1994) argumentiert, dass die Hospizbewegung und die right-to-die-Bewegung das gemeinsame Ziel hätten, physisches und soziales Sterben zu koordinieren. Wenn man das psychische Sterben noch einbezieht, kann man weiter differenzieren. Während die nach wie vor dominierende medizinische Sichtweise das physische Sterben überbetont, wird von der Hospizbewegung auch das soziale Sterben einbezogen, und von der right-to-die-Bewegung zusätzlich der selbstbestimmten Gestaltung des psychischen Sterbens Eigengewicht gegeben[190]. In Hospiz- und Palliativ-Care-Organisationen werden wie in Krankenhäusern und Heimen unerwünschte Wünsche von Sterbenden und Bezugspersonen bezüglich des psychischen und sozialen Sterbens marginalisiert und paternalistisch deformiert, da gemäß der herrschenden Weltsicht die *positive Regelung* des physischen Sterbens *ausreicht* und keine ‚rahmensprengenden' Todeswünsche mehr entstehen (dürfen)[191]. Als Hospiz- und Palliativideal gilt der ‚perfekte Insasse', „mit dessen Begeisterung für die Anstalt das Personal allezeit rechnen kann" (Goffman 1973, 67).

Viele lehnen „entwürdigende Formen" des psychischen und physischen Sterbens ab, doch sie werden von der ‚alternativlosen' *doxa* im medizinischen System und auch in Hospizen gedrängt, sich dem paternalistisch[192] vorgeschriebenen *geleiteten* Sterben hinzugeben, eine Art moderner Heroismus im Dienste des politisch-medizinisch-ökonomisch-religiösen Sterbekanons.

Mut, Heroismus und andere Tugenden werden sozio-kulturell geformt. Früher galt und heute gilt es als heroisch, bis zum letzten Atemzug zu kämpfen – heute in der westlichen Welt allerdings gegen Krankheiten und nicht mehr gegen menschliche Feinde. Früher führte der Heroismus meist zu einem frühen Tod und heute eher zu einem (zu) späten Tod.

Der französische Soziologe Patrick Baudry kehrt überraschenderweise die Argumentation um: Nicht der bis zuletzt tapfer und ‚natürlich' Sterbende handelt heroisch, sondern derjenige, der

[190] Dies gilt jedenfalls für einige Organisationen der right-to-die-Bewegung, z.B. FATE und Dignitas (vgl. Richards 2012).

[191] „One cost of this mainstreaming of palliative care services, it is suggested, is the progressive abandonment of the social context of dying people, increasing instead 'the emphasis on physical care' while 'simultaneously de-emphasizing psychological, social and spiritual care'" (Rosenberg 2011, 17).

[192] Es handelt sich um einen strukturellen Paternalismus, der sich aufgrund der Organisation, der dominanten Diskurse, der Professionalisierung und der stillschweigenden Exklusion ergibt.

nach aktiver Sterbehilfe verlangt[193], er benötigt Selbstkontrolle, will nicht schwach werden, hängt an seinen medial vermittelten heilen Körpervorstellungen.[194] Baudry hält diesen „Euthanasie-Heroismus“ für verderblich und fordert auf, sich von solchen Vorstellungen und gesellschaftlichen Forderungen nicht verführen zu lassen.

Eine nüchterne Betrachtung ergibt, dass beide Formen des Heroismus selten sind, dass sowohl die konform Sterbenden als auch die Menschen, die aktive Sterbehilfe wünschen bzw. erhalten, in der Regel sich selbst nicht als Heroen sehen.

Um Menschen zum Durchhalten zu motivieren, benötigte man meist hierarchische Unterdrückung und Ideologie. Herrschaft wird durch Institutionen, z.B. Politik, Wirtschaft, Medizin und Recht, und durch Organisationen, vor allem Krankenhaus und Heim, ausgeübt, es wird die *Natürlichkeit* (oder *Gottgegebenheit*) des medizinisch begleiteten physischen Sterbens beglaubigt und ökonomisch gestützt und die selbstbestimmte ‚frühzeitige’ Lebensbeendigung als pathologisch und krank stigmatisiert. Betrachtet man den modernen Menschen als Ergebnis eines Zivilisationsprozesses, so war und ist das frühzeitige Sterben ‚natürlich’ und ist das späte moderne Sterben ‚unnatürlich’. Je medikalisierter und ‚unnatürlicher’ das ‚normale Sterben’ wird, umso mehr wird die instrumentalisierte Natürlichkeit beschworen und sakralisiert. Durch die Koppelung der doxa mit großem medialem Rauschen[195] bleibt den meisten verborgen, dass selbst der Suizid ‚natürlicher’ werden kann als das zu späte Sterben[196].

These 3a: Staatliche, kirchliche und andere konservative Funktionäre wünschen, dass die Ideologie des natürlichen Sterbens und die damit verbundenen dogmatischen rechtlichen und medizinischen Normen und Praktiken erhalten bleiben.[197] Denn so wird ein fremdbestimmtes und von den meisten nicht erwünschtes physisches und psychisches Sterben für viele vielleicht die meisten garantiert, das den Zugriff auf verängstigte und verunsicherte Menschen erleichtert. Wer sich der Pflicht, ‚natürlich’, medikalisiert und ordnungsgemäß zu sterben, unterwirft, dem wird heute ‚versprochen’, dass Hospize und palliative care sein Leiden erleichtern, ja zusätzlich ihn zum diesseitigen Heil, zur Selbstverwirklichung, führen werden (vgl. Hayek 2006). Die Wahrscheinlichkeit der Einhaltung des ‚Versprechens’ ist von der Ausstattung mit ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital der betroffenen Person abhängig. Eine Evaluation der theoretischen und empirischen Grundlagen dieses *Versprechens* und seiner Folgen fand allerdings bisher nicht statt.[198]

Existential Suffering

Existential Suffering, teilweise in den Topf der Spiritualität[199] geworfen, wird in der Regel ‚philosophisch’ oder ‚theologisch’ rekonstruiert, d.h. die Schwerkranken oder Sterbenden werden zu bestimmten Aussagen ‚animiert’, die dann selektiv aufgenommen und ‚transformiert’ werden. Beliebt, da den Status der Interpretierenden hebend, sind ‚Verbindungen’ mit

---

[193] Auch McInerney (2006) meint, dass das *requested death movement* (Gruppen, die die Legalisierung aktiver Sterbehilfe fordern) und Medien den Personen, die aktive Sterbehilfe fordern oder praktizieren, den Status von Heroen zuweisen.

[194] http://www.espace-ethique.org/doc2008/Assemblee_Nationale_mission_evaluation_160408.pdf

[195] Die öffentlichen Stellungnahmen der Bio-Exzellenzen (Spitzenpolitiker, Professoren, Bischöfe, Ärztefunktionäre etc.) sind immer rhetorische Kombinationen von doxa und großem Rauschen.

[196] Aufgrund semantischer Verbote werden die Begriffe „zu spätes Sterben“ und „rechtzeitiges Sterben“ in der Literatur nicht verwendet, obwohl sie im Bewusstsein vieler Menschen auftauchen: 24% der befragten Bezugspersonen von Verstorbenen waren in einer englischen Untersuchung 1990 der Ansicht, es wäre für die Betroffenen besser gewesen, wenn sie früher gestorben wären (Seale/ Addington-Hall 1994).

[197] Gemäß dieser Ideologie herrscht außerhalb des vorgeschriebenen Rahmens Chaos, Kontingenz und totale Unsicherheit, innerhalb dagegen wird eine Idylle beschworen. Alternative Konzeptionen werden mit einem Arsenal von Mitteln unterdrückt und ‚unschädlich’ gemacht.

[198] Eine gute Evaluation wäre allerdings unter den derzeitigen Verhältnissen auch höchst aufwendig. Eine gute Evaluation wäre machbar, wenn die herrschenden Institutionen und Organisationen im Sinne der auch offiziell anerkannten Hochziele reformiert würden. Bisher haben die Betroffenen, Sterbende und Tote, in der Regel keine gesellschaftlichen Stimmen.

[199] *Spiritualität* ist eine von religiösen, staatlichen und medizinischen Funktionären approbierte und geweihte Diskurskategorie.

Kierkegaard, Heidegger, Frankl und Sartre. Diese ‚Transformationen' werden dann in Publikationen genutzt, um professionelle Interessen zu stützen (vgl. Boston et al. 2011). Selbstverständlich wird der Transformationsprozess nicht oder nur konformistisch thematisiert. Dass es sich um Aussagen und Reaktionen im Rahmen sozialer und psychischer Sterbeprozesse handelt, die einem professionellen und herrschaftsstabilisierenden Technologie- und Wahrheitsregiment unterworfen sind, wird in den seriösen Fachzeitschriften und Lehrbüchern als skandalöse Unterstellung symbolisch vernichtet. Die im Hintergrund stehenden dogmatischen, ökonomisch, rechtlich und technologisch gestützten Zwänge, bis zum Ende durchzuhalten, die Folter zur Selbstverwirklichung im Interesse der ‚heiligen Gemeinschaft' zu nutzen und die hochgerüstete und ‚evidenzbasierte' Palliation freudig zu empfangen, werden in der ‚Fachliteratur' gemäß der inzwischen weltweit verbreiteten Medizinscholastik traktiert: quality of life, progression of suffering, spiritual pain, message of suffering, embracing vulnerability …

Demenz - Entzivilisierung[200] und Entkultivierung?[201]

> „Sterben ist immer häufiger mit dem Zerbrechen der labilen zivilisatorischen Harmonie der drei in einem Habitus integrierten Teile, Körper, Psyche und soziale Identität, verbunden – „falling from culture" nach Seale (1998, 149 ff). Durch Lebensrettungstechnologien und Einweisungen in Krankenhäuser oder Heime wird oft das Auseinanderfallen der Komponenten unbeabsichtigt gefördert, die Person entkontextualisiert, der Körper instrumentalisiert, soziale und psychische Identität beschädigt (Timmermans 1998; 1999; 2005)" (Feldmann 2010a, 577).

„Durch die kulturell und gesellschaftlich ‚verordnete' (professionell und staatlich betriebene) Lebensführung und -verlängerung ergibt sich als Emergenzprodukt für einen zunehmenden Anteil der Menschen in den reichen Staaten eine schleichende Entzivilisierung, Entkultivierung und ‚Barbarisierung' und damit ein mehrheitlich unerwünschtes soziales Leben und Sterben vor dem physischen Tod" (Feldmann 2014a, 28)[202].

„Howarth (2007a, 181 ff) nennt ein Kapitel „body in crisis", im Zentrum stehen der drohende Verlust des Selbstbewusstseins und Ängste, in einem defizitären Körper gefangen zu sein (Turner 1996) oder dement zu werden" (Feldmann 2010a, 577). Schwere Demenz und Dauerkoma (PVS) sind gefürchtete Formen des psychischen und sozialen Sterbens[203], weil zu Recht angenommen wird, dass die gravierende Persönlichkeitsveränderung zu Verlust von Anerkennung, Kommunikationsinkompetenz und psychophysischem Kontrollverlust führt (vgl. Sweeting/ Gilhooly 1997). Die Vorstellung, in dementem Zustand langsam und evtl. qualvoll zu sterben, führt bei manchen oder vielen Personen zu kognitiver und emotionaler Dissonanz, denn die persönliche Würde wird mit Selbstbewusstsein und sozialer Anerkennung verbunden. „Im Sterben kann trotz einschneidender, krankheitsbedingter Einschränkungen allein das Aufrechterhalten des Verstandes ein Gefühl der Autonomie und damit der Würde verleihen (Chochinov, 2002; Mehnert et al., 2006)" (Schröder 2008, 112).[204] Doch es ist – wie könnte es anders sein - komplizierter. Denn nicht nur ‚Verstand' und ‚Selbstbewusstsein' werden durch Demenz schleichend zerstört, sondern auch der *soziale Körper*.

[200] Der Begriff *Entzivilisierung* wird im Kontext von Krieg, Folter und Vergewaltigung verwendet, seine Alltäglichkeit auch in friedlichen Gesellschaften wird in öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussionen ausgeblendet.

[201] Selbstverständlich weist der Titel nur auf ein bestimmtes Bündel von Perspektiven. In freien Gesellschaften kann Demenz auch als Ermöglichung neuer Formen der Zivilisierung und Kultivierung begriffen werden.

[202] Weitere Aspekte: Degeneration sozialer Identität, Verlust sozialen Kapitals und Desozialisation (Raven 2009, 178).

[203] Viele Menschen halten die illusionären Meldungen aus Politik, Medizin und „Wissenschaft" zu Recht für falsch. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=582855

[204] Diese Verdrängung oder Vermeidung von differenziertem Nachdenken lässt sich auch bei Experten nachweisen: „Ferner stellt sich die Frage, ob ein Demenzkranker im fortgeschrittenen Stadium seine Situation aufgrund einer Identitätsveränderung als würdevoll ansieht, wenngleich er derartige Zustände zur Zeit seiner alten Identität als menschenunwürdig ansah" (Otto 2009, 7). Es wird schwierig sein, das Denken von schwer Dementen zu ‚simulieren' bzw. ‚Übersetzungen' in Expertendeutsch oder Expertenenglisch wissenschaftlich zu rechtfertigen.

> „Die Identität des heutigen Menschen (baut, K.F.) auf einem Körper auf, den man nicht nur selbst nach eigenem Willen gestalten kann, sondern für den man – im Sinne der Gesundheitspolitik des public management – auch immer mehr verantwortlich gemacht wird“ (Knoblauch/ Kahl 2011, 205).

Kruse (2010, 20) stellt die rhetorische Frage: „Warum löst die Vorstellung, an einer Demenz erkranken zu können, so viele Sorgen aus?“ Seine Antworten sind ungetrübt von wissenschaftstheoretischer Reflexion und Kenntnis empirischer Forschung paternalistisch, wobei der Kontrollverlust wohl auch von vielen genannt würde, doch die ‚Lebensvollendung‘ ein diffuses literarisches Konstrukt darstellt. *Kontrollverlust* wird von Kruse und vielen PsychologInnen nur als eingeschränktes psychologisches Konstrukt verstanden, d.h. das Individuum hat Angst davor, sich und seine Umwelt weniger beeinflussen zu können. Doch soziologisch ist die Angst vor Kontrollverlust vor allem auf Meso- und Makroebenen angesiedelt. Die Interessen herrschender Gruppen sind darauf gerichtet, die beherrschten Gruppen möglichst ohnmächtig zu halten bzw. ohnmächtig zu machen, d.h. sie erfolgreich zu kontrollieren. Kruse spricht also implizit von seiner Angst vor Kontrollverlust als Funktionär und geistlicher Leiter von Demenzräumen. Die Verherrlichung der Demenz und die reduktionistische Psychologisierung und Pathologisierung der Abwehr des Kontrollverlusts dienen dazu, eine Atmosphäre der Akzeptanz von Hierarchie, Führerideologie, Unterwerfungsbereitschaft und sozialer Ungleichheit zu stützen.

Der Januskopf der Demenzglorifizierung

Eine Schar von Experten und Professionellen ist weltweit tätig, um mehrdimensional Demenzverherrlichung zu betreiben. Kurz gesagt: Es soll das ‚Vorurteil‘ bekämpft werden, dass Demenz zu Depersonalisierung, Entwürdigung, Lebensqualitätsverminderung, Degradierung etc. führt. Dies ist ein kulturell und professionell interessanter Versuch, eine bisher von den meisten verabscheute Lebensform attraktiv werden zu lassen.

„we are in a highly unusual circumstance where people with advanced dementia are at risk of no longer being seen as a person and, if they are, as no longer being seen to be the same person they were before. This makes a key task of end of life care for people with dementia being the reinstatement of the person as a human being, with the same rights and entitlements to wellbeing as all human beings” (Downs 2011b, 284).

Die andere Seite dieser ‚Werbung für einen Werte- und Ideologiewandel‘ besteht allerdings in der Verstärkung der Vorurteile über ein menschliches Handeln, das in vielen Kulturen partiell Anerkennung gefunden hat, dem Suizid und der aktiven Sterbehilfe, wenn für die Person ein zentraler Lebenswertverlust durch Weiterleben droht. Die symbolische Aufbauarbeit der Demenzprofessionellen ist mit symbolischer Vernichtungsarbeit verkoppelt, wobei selbstverständlich im Hintergrund mächtige Mitspieler agieren, der Staats-, Medizin- und Ökonomieadel, der grundsätzlich einem autonomen sich nicht der Ausbeutung zur Verfügung stellenden Bürger misstraut, der über das eigene Leben und den eigenen Tod bestimmen will, und die patriarchalischen Religionsgemeinschaften. Dieser weitgehend naturalisierte Dogmatismus entspricht nicht dem Idealtypus einer pluralistischen Gesellschaft, in der Konzepte, Weltbilder, professionelle Modelle etc. auf ‚freien Märkten‘ konkurrieren – d.h. die ‚freien Märkte‘ sind nicht frei!

Antizipatorische Selbstbeschreibungen von Personen, die annehmen oder wissen, dass sie dement werden, könnten Sozialwissenschaftler anregen, Modelle, Typologien und Theorien über

Einstellungen, Erwartungen, Wünsche, Befürchtungen etc. zu konstruieren[205], wobei selbstverständlich empirische Studien zur Validierung und Prüfung erforderlich wären.[206] Beispiele:

- Eine Reise in eine andere Wirklichkeit.[207]
- Ein unaufhaltsamer Abstieg der Person, psychisch und sozial.
- Kontrolle des Verhaltens der pflegenden Bezugsperson.
- Akkumulation des (für sich verbrauchten) Kapitals (Konsum) und der Lebenszeit.
- Eine neue Art von „Person", eine hybride Gestalt, ein Gemeinschaftselement etc. (vgl. Leibing 2006).
- Gottgefälliges Handeln, explizites oder implizites Opfer, etc.
- ‚Verdrängung' oder Verneinung des eigenen sozialen und psychischen Sterbens[208]
- Kontrollverlust im Bereich des eigenen prä- und postmortalen Lebens und Sterbens.

Schon diese unvollständige Liste von Aspekten und Sichtweisen kann zu einer vorläufigen Evaluation bisheriger *Dementia Studies* und Demenztagungen dienen und ‚nachweisen', dass sie keinen wissenschaftlichen Hochstand erreicht haben, denn in diesem gut finanzierten internationalen Forschungsbereich werden wichtige Fragen verdrängt und Theorien gemäß den Wünschen der Geld- und Gratifikationsgeber aufgestellt und geprüft[209]. Weder Wissenschaftler noch Betroffene werden über das psychosoziale Geschehen Demenz ausreichend informiert, es existiert keine offene und zukunftsorientierte öffentliche Diskussion und keine hochwertige Reflexion.

> „Aus forschungsbezogener Perspektive ist vor allem die Suche nach den pathogenetischen Mechanismen der Demenz – und hier speziell der Alzheimer-Demenz – bedeutsam." (Kruse 2004) Sozialwissenschaftliche Forschung, die für viele derzeit von Demenz bedrohte Personen bedeutsamer als die bisher nicht besonders erfolgreiche molekularbiologische und medizinische Forschung wäre, wird kaum durchgeführt und – soweit sie existiert – nicht zitiert. Stattdessen werden einerseits krypto- und pseudowissenschaftliche Produkte und Dienstleistungen andererseits politisch und ökonomisch gerahmte wissenschaftliche Konzepte[210] auf den Markt geworfen (Beispiel: Viele Beiträge in dem von Kruse (2010) herausgegebenen Band „Lebensqualität bei Demenz?", der den irreführenden Untertitel trägt: „Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter").

Es gibt keine guten sozialwissenschaftlichen Demenztheorien[211]. Die empirischen Untersuchungen sind zu wenig theoriegeleitet und sehr enggeführt und die Erfahrungsberichte höchst selektiv. Sterbe- und Demenzprozesse können als Statuspassagen begriffen werden (Glaser/ Strauss 1971; Tolhurst/ Kingston 2012). Charakteristisch für den Beitrag von Tolhurst/ Kingston (2012) ist die totale Ausblendung des intentionalen Abbruchs des Prozesses, wobei das Statuspassagenkonzept für eine Erklärung eines derartigen Verhaltens Mittel liefern würde. Demenzforscher verhalten sich wie konforme Kriegsberichterstatter: Es werden nur die erwünschten Identitätsentwicklungen der eigenen Soldaten geschildert, während Desertion und Rebellion verschwiegen wird.

Zentrale Fragen und Probleme der Betroffenen, für deren klientenorientierte Formulierung nur unzureichend Hilfe angeboten wird, können aufgrund der Forschungsmängel nicht kompetent

---

[205] Soziologen meiden das Thema ‚radikales psychisches Sterben', also Demenz, Wachkoma etc. Und wenn sie sich mit ihm beschäftigen, dann in distinktiver Weise, welche die herrschende doxa nicht direkt angreift: Beispiel Hitzler (2010, 2012).

[206] Wissenschaftliche Typologien dienen allerdings häufig implizit und explizit zur Normierung und Normalisierung. In der Regel werden nur wenige Typen konstruiert, nämlich höchstens sieben. Typen, die durch zu wenig Fälle gekennzeichnet sind, werden in Typen mit größerer Häufigkeit ‚integriert' usw.

[207] "Rather, we can interpret these changes as alterations, perhaps as journeys to different places of being, places that our religions and philosophies conceptualize as elevating the human person" (Li/ Orleans 2011, 242).

[208] Eine schwer demente Person ‚weiß' bzw. ‚versteht' nicht, dass sie sich in einem Sterbeprozess befindet.

[209] Dies ist ein hartes Urteil, da in den hochentwickelten Staaten inzwischen relativ viele Mittel in diesen Forschungszweig gesteckt werden. Das Urteil ist begründet, da eine kritische psychologische und soziologische Forschung nicht finanziert wird.

[210] Die Rahmung wird nicht ‚gezeigt' oder gar expliziert, sie erfolgt in der Regel politisch und ökonomisch indirekt durch die Auswahl der WissenschaftlerInnen, die Forschungsmittel und Zugang zu entsprechenden Organisationen erhalten.

[211] Die Googlefunde zu „Demenztheorie" sind weitgehend unter Para- und Pseudowissenschaft einzuordnen.

beantwortet und bearbeitet werden. Es wird keine brauchbare Folgenabschätzung geliefert, was die psychosozialen und ökonomischen Kosten der Kranken und ihrer Bezugspersonen betrifft (vgl. Downs 2011a, 45). Doch da diese (für die Demenzexperten aufgrund der Machtverhältnisse offiziell nicht) peinliche Tatsache verschleiert werden muss (nicht nur gegenüber den Klienten, sondern auch gegenüber den KollegInnen)[212], erhalten die Betroffenen von Autoritäten in der Regel nur sedierende und vorurteilsbestärkende Mitteilungen. Paternalismus dominiert. Die wissenschaftlichen und parawissenschaftlichen Szenen werden von Demenzexzellenzen bestimmt, welche die Künste des epistemischen Verschweigens, der Lückenwacht und der Überforderungsverschleierung kultivieren[213]. Diese ExpertInnen und FunktionärInnen konsolidieren im Interesse medizinischer, rechtlicher, kirchlicher und politischer Eliten Herrschaft in diesem Bereich. Sie verklären „das ökonomische zu symbolischem Kapital, ökonomische Herrschaft zu persönlicher Abhängigkeit (zu paternalistischer Fürsorge beispielsweise), ja sogar zur Hingabe, zu (kindlicher) Liebe" (Bourdieu 1997a, 255). Sie betreiben die Institutionalisierung und Ökonomisierung eines Feldes, in dem ‚falsche Altersbilder' verurteilt und ‚richtige Altersbilder' hergestellt werden (vgl. Sechster Altenbericht 2010) und die ‚Auferstehung' eines ‚neuen Menschen' exekutiert und evtl. auch gefeiert wird (vgl. Bourdieu 1997c, 44 ff). Demenzideologien werden an Wissenschafts-, Ethik- und Religionsständen verkauft, wobei – wie üblich – auch in den Demokratien nur den Herrschenden und ihren Funktionären genehme Positionen und Marschbefehle in der Öffentlichkeit zu Wort kommen. Eine Aufschrift auf einer ‚Wissenschaftsfahne' zeigt die Richtung: „Physician-assisted suicide and dementia: the impossibility of a workable regulatory regime" (Mitchell 2010).

Exkurs 1: Heute muss eine Person die Demenzreise bis zur Endstation durchhalten und darf nicht verbindlich bestimmen, an welcher Station sie aussteigen will. Die Person soll ihren Lebenslauf im Dienste der Erhaltung der Wirtschafts-, Politik- und Rechtssysteme gestalten.[214] *Wer ihr hilft auszusteigen, wird bestraft, wenn er erwischt wird. In Zukunft wird man – regional und für Privilegierte – kultiviertere und humanere Demenzreiseoptionen anbieten.*

Exkurs 2: Wie europäische junge Männer als mehr oder minder Kriegsfreiwillige 1914 mit durch Sozialisation und Erziehung ausgestatteten abendländischen inneren Bilderwelten zu den ‚Schlachtfeldern' getrieben wurden, so werden heute, selbstverständlich humanisierter, technisierter und professionalisierter, die von Demenz Betroffenen zunehmend auch narrativ aufgerüstet in die Demenzgräben getrieben, damit sie und ihre Angehörigen dort ihre Erlebnisse und Folgekosten erhalten. Allerdings dauert das Leiden und Sterben heute meist länger als im ersten Weltkrieg und ist teurer. Außerdem müssen auch die Angehörigen freiwillig ‚Grabendienst' leisten.

Demenz und vor allem Alzheimer werden gemäß herrschender Semantik und doxa ausschließlich als Krankheiten definiert[215], und damit wird der Handlungsraum sozio-kulturell begrenzt und das dominierende Feld festgelegt, die Medizin und die Pflege.

Wissenschaftliche Forschung als Lieferantin von Illusionsschnäppchen
„Übergewicht senkt Demenzrisiko"[216]

[212] Ein gutes Beispiel für würdevolle hochkulturelle Verschleierung liefert die Publikation des Nationalen Ethikrates (2006b) über Altersdemenz, wobei Baltes schüchterne Versuche zur Thematisierung des Nicht-zu-Thematisierenden machte.

[213] Die Demenzexzellenzen, die gebetsmühlenartig die hohe doxa pflegen, sind selbst Beherrschte, da die ‚wirkende Macht' aus den politischen, ökonomischen, medizinischen und kirchlichen Hintergründen ausgeübt wird. Die humanwissenschaftlichen Forschungsergebnisse, die sie vorzeigen, sind folglich Kennzeichen von Systemblindheit, Provinzialität, wissenschaftstheoretischen Mängeln und Förderung von Fehlinformation.

[214] Verbindliche Definitionen können zu schwerwiegender Lebensminderung, sozialem und psychischem Sterben führen. Das Recht und die soziale Ungleichheit sorgen dafür, dass ökonomische Interessen der Privilegierten über Lebensinteressen triumphieren.

[215] Sie dürfen nicht als Chancen für einen guten Suizid oder für andere Ziele verstanden werden.

[216] http://www.heise.de/tp/artikel/44/44619/1.html

Gemäß einer über 20 Jahre laufenden Datenanalyse einer großen Menge von Briten senkt Übergewicht das Demenzrisiko und erhöht Untergewicht es. Dies ist nur ein Beispiel für viele Meldungen, welche sich auf das Demenzrisiko beziehen. Diese Meldungen fördern die Illusion der Selbststeuerung in diesem Bereich und gleichzeitig der Verdrängung von Reflexion über die Problematik. Ein Abschnitt in diesem Internetbericht erscheint mir interessant, um latente Alltagstheorien, Wertungen und Sterbewünsche kurz zu beleuchten.

„Nawab Qizilbash, der Leiter der Studie, warnt jedoch auch davor, aufgrund der jetzt festgestellten Korrelation absichtlich zuzunehmen, weil Übergewicht (nach bisherigem Forschungsstand) zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen kann. Wer das in Kauf nimmt und einen schnellen Herzinfarkt oder Schlaganfall einem jahrelangen Dahinsiechen in zunehmender Umnachtung bewusst vorzieht, der geht ein Risiko ein: Führt ein Herzinfarkt oder Schlaganfall nämlich nicht gleich zum Tod, sondern nur zu einer dauerhaften und gravierenden Schädigung des Gehirns, dann droht ebenfalls die Pflegebedürftigkeit.“

Derartige Manipulationen der Wahrscheinlichkeit des Sterbeverlaufs sind gesetzlich nicht geregelt und könnten in Zukunft ein Wachstumsbereich werden. Allerdings handelt es sich wohl hauptsächlich um Rationalisierung, d.h. wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. genauer: die „eigenständige Verarbeitung“ von Medienberichten über wissenschaftliche Erkenntnisse, werden zunehmend von Gebildeten zur Rationalisierung von Entscheidungen, Lebensstilen, Vorurteilen etc. eingesetzt. Diese Patchworkrationalität erhöht die Chancen, dass diese Gebildeten von kapitalstarken Gruppen und Organisationen immer zielgenauer manipuliert werden können. Aufklärung dieser Art erweist sich als Sackgasse, an deren Ende immer die Unmündigkeit wartet.

Da – wie angedeutet – zu wenige und zu selektive Lebensweltstudien von Menschen, die von Demenz bedroht oder betroffen sind, erstellt wurden, verwende ich vorläufig ein einfaches Modell mit drei Demenz-Perspektiven:

1. Vorherrschend ist eine reduktionistische medizinische Sichtweise (biomedical model), die sehr viele Betroffene bejahen, da sie Heilungschancen erwarten.
2. Immer stärker tritt zusätzlich eine person- und beziehungsorientierte, vor allem pflegewissenschaftlich, theologisch und psychologisch theoretisierte, wenig reflektierte und empirisch schwach gestützte Perspektive auf, die in einem die Geschäfte nicht behindernden Spannungsverhältnis zu der ersten Sichtweise steht (Lock 2008; Kitwood 2008; Small/ Froggatt/ Downs 2007; Klie 2006; Kruse 2010).[217]
3. Eine dritte heterodoxe Sichtweise ist bisher in den Hochdiskursen nur verdeckt zu finden, d.h. sie wird offiziell verschwiegen[218], jedoch als das Gefährliche, Unheimliche geisterhaft angedeutet.[219] Gruppen konstituieren sich nicht, da es sich um Abschiebewissen handelt und die Mitglieder stigmatisiert und bestraft würden. Diese verheimlichte Perspektive tritt als ‚Untergrunderscheinung' auf und wird als Alternative nicht anerkannt[220]. Die Position kann hier nur skizziert werden: Demenz ist eine Form des psychischen und sozialen Sterbens, wobei Personen bestimmte Formen der Demenz

[217] Es ist zu vermuten, dass diese zweite humanistische und ‚spirituelle' Position Puffer- und Verschleierungsfunktion für die erste vorherrschende ökonomisch-medizinische Position ausübt.
[218] Empirische Untersuchungen zu dieser Problematik werden in der Regel nicht durchgeführt. Eine Ausnahme stellt DeWolf et al. (2003) dar, in dem fast ein Drittel der befragten Pflegenden – trotz der herrschenden doxa und der kognitiven und emotionalen Dissonanz - meinte, dass Demenz bis zum bitteren Ende kein gutes Sterben ermögliche.
[219] Thematisiert werden derartige heterodoxe Perspektiven durch eine moderne Dämonologie, mit humanen und ‚wissenschaftlichen' Formen des Exorzismus.
[220] Eine neues Beispiel dieser Nicht-Anerkennung: die Tagung des Deutschen Ethikrates mit dem verräterischen Titel „Demenz – Ende der Selbstbestimmung“ (2010).

durch Suizid, Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe abwählen wollen[221]. Gesellschaftliche Freiräume für diese ‚Ketzer' zu schaffen, wird von Demenzexperten der beiden anerkannten Positionen oder von sonstigen Professionellen bisher bekämpft[222] – ja in der Regel wird die Existenz dieser Gruppe offiziell geleugnet, d.h. es wird versucht, sie sozial zu töten[223]. Eine raffinierte Form der hochkulturellen ‚sozialen Vernichtung' besteht darin, Publikationen, in denen entsprechende Konzepte fachsprachlich verschleiert angesprochen werden (z.B. loss of self, victim, living death, sentient beings, retrogenesis), dem biomedizinischen Modell zuzuschlagen (Behuniak 2010) oder als dehumanisierende Horrorkonstruktion zu karikieren (Behuniak 2011)[224] und damit Feldkonkurrenten auszuschalten[225]. Somit blieb die dritte heterodoxe Sichtweise wissenschaftlich schwerst unentwickelt. Personen erhalten keine gesellschaftliche und professionelle Anerkennung, wenn sie eine gravierende Form des psychischen Sterbens, z.B. fortgeschrittene Demenz, für sich als unwürdige Lebensform ablehnen und versuchen den Zustand zu vermeiden, z.B. Suizid begehen, oder bei einer klientenorientierten Patientenverfügungsgesetzgebung entsprechende Sterbehilfe erwarten[226] (vgl. Williams et al. 2007[227]).

In seiner Stellungnahme „Demenz und Selbstbestimmung" hat der Deutsche Ethikrat wie gewohnt durch Silencing die heterodoxe Sichtweise symbolisch vernichtet. Allerdings wurde ein Sondervotum von Volker Gerhardt hinzugefügt, aus dem hier zitiert wird:

> „Gleichwohl gibt es den Wunsch, angesichts einer drohenden Demenz aus dem Leben zu scheiden. Und da es ihn gibt, hätte der Ethikrat dieses sich aufdrängende ethische Problem ansprechen müssen. Wenn der Wunsch, selbstbestimmt zu sterben, ehe man zu einem unmündigen Pflegefall wird, ernsthaft geäußert wird, wenn in Erwartung der absehbaren Lebens- und Todesumstände aus dem Wunsch ein gründlich erwogenes und ausdrücklich niedergelegtes Verlangen wird, dann muss es gewissenhaft geprüft und im Sinne des geäußerten Willens auch entschieden werden können. Wer aber dieser Auffassung widerspricht, muss dies angesichts des längst bestehenden Pflegenotstands und der absehbaren Verschlechterung der Versorgung offen tun. Es unterminiert das auf Freiheit, Selbstbestimmung und menschlicher Würde beruhende Ethos unserer Kultur, wenn der angesichts des durch die Krankheit vorgezeichneten Niedergangs naheliegende Wunsch, wenn das von selbstbewussten Personen öffentlich und privat ausdrücklich geäußerte Verlangen und die von nicht eben wenigen auch vollzogene Tat mit Schweigen übergangen werden.
> Es geht nicht an, dass man die Selbstbestimmung bei Demenz zum nachhaltigen Ziel erklärt, die Selbstbestimmung vor der Demenz aber mit keinem Wort erwähnt. Wer davon ausgeht, dass es eine personale Kontinuität zwischen dem gesunden und dem kranken Menschen gibt, muss beim Urteil über den Kranken auch das in Rechnung stellen, was er als Gesunder über den Zustand festgelegt hat, in dem er sich in der Demenz befindet.
> Wer den vorher geäußerten Willen missachtet, unterhöhlt die personale Einheit des Menschen, auf der die Rede von der Selbstbestimmung in allen Phasen des Lebens beruht. Solange das vegetative Lebenszeichen eines unheilbar kranken Menschen mehr wiegt als der ausdrücklich bei vollem Bewusstsein gefasste Entschluss einer sich darin selbst bestimmenden Person, verliert es jeden Wert, die verbliebenen Momente persönlicher Wunsch- und Meinungsäußerung eines an Demenz erkrankten Menschen so hoch zu schätzen, wie es in der vorliegenden Stellungnahme des

---

[221] „Darüber hinaus erscheint es für eine gute Lebensqualität wichtig, dass der Betroffene jene Werte realisieren kann, die in seiner Biografie zentral gewesen sind" (Kruse 2007, 28). Kruse schließt selbstverständlich den Suizid oder die Beihilfe zum Suizid aus, Formen der Selbstkontrolle, die er und andere Demenzexperten am liebsten überhaupt aus der Realität ‚streichen'.

[222] Die „Bekämpfung" erfolgt in der Regel durch Ignorieren. Auch in der Fachliteratur wird dieser wichtige Aspekt schlicht weggelassen.

[223] Dies geschieht in Lehrbüchern und in ethischen Normalschriften zu der Problematik (z.B. Wetzstein 2005).

[224] Behuniak mokiert sich über die Bezeichnung von schwer Dementen als Zombies, vergisst jedoch zu erwähnen, dass es durch die moderne Medizin erstmals in der Geschichte gelungen ist, reale Zombies herzustellen.

[225] Eine derartige forcierte Strategie muss im deutschen Sprachraum aufgrund der besser funktionierenden ‚Zensur' in der Regel nicht angewandt werden.

[226] Vgl. http://aerztliche-assistenz-beim-suizid.nursing-health-events.de/2010/07/02/auch-demente-kommen-in-den-himmel…/

[227] In einer englischen repräsentativen Untersuchung befürworteten 60 % der Befragten assistierten Suizid bei schwerer Demenz.

Deutschen Ethikrates geschieht." (Deutscher Ethikrat 2012, 71 f)

Die das Feld beherrschende Position (doxa + Praxis) ist ein biopolitischer Ableger des kapitalistischen Wachstumswahns mit den fragwürdigen Zielen Maximierung der Lebenslänge und Förderung der Medizinökonomie mit den Nebenwirkungen Stärkung der Ungleichheit und Schwächung der reflexiven Lebensstilkompetenz. Die person- und beziehungsorientierte Position grenzt sich zwar theoretisch von der ‚biomedizinischen Position' ab, kooperiert jedoch faktisch mit Medizin, organisierter Religion und politischen Gruppen, welche die soziale Ungleichheit erhalten, und vertritt zusätzlich einen pflegeorientierten Wachstumsbereich: Durchsetzung eines ‚neuen' expertengestützten Modells der Person- und Interaktionsentwicklung – offiziell für alle, tatsächlich für Privilegierte. Die von den Vertretern der zweiten Position vorgeschlagene dogmatische Konzeption der Personentwicklung[228] verfügt bisher nur über eine kleine Anhängerschaft, doch sie soll über ‚Werbung' und anerkannte ‚Kanäle', z.B. kirchliche Organisationen, Hospiz- und Palliativbewegung, und auch über gelenkte Forschung verbreitet werden.

Demenzmythen[229]

Die Bildung von Demenzmythen soll kurz an einem Aufsatz von Annette Leibing (2006) aufgezeigt werden. Leibing nennt die von ihr als wirklichkeitsprägend definierten Diskurstypen nicht Mythen sondern ‚gazes' und ‚movements'. Sie unterscheidet ‚biomedizinische Sicht' vs. ‚humanistische Sicht', die sie ‚komplex' nennt. Allerdings wandelt sie die präferierte Sichtweise propagandistisch in eine soziale Bewegung um: „personhood movement". Zur Legitimation wird eine dramatisierende ‚historische Beschreibung' geliefert – unter dem Titel: „personhood wars". Die – real schwer fassbaren und wahrscheinlich sehr heterogenen – ‚Gegner' des „personhood movement" werden – wie üblich – durch Medikalisierung, Reduktionismus, Krankheitsdogmatismus, Depersonalisierung gekennzeichnet. Die Geschichte dieser beiden medizinideologisch immer wieder beschworenen Sichtweisen zeigt ihre Parallelität, vielleicht auch ihre Verschwisterung. Die humanistische Perspektive war nach dieser Geschichtsschreibung noch in den 1980er Jahren durch eine ‚negative Sichtweise' geprägt: Verlust der Persönlichkeit, Traumatisierung der Bezugspersonen. Doch infolge einer ‚neuen Sensibilisierung' wurde das ‚Negative' ins ‚Positive' gewendet: Entwicklung der Person durch Demenz. Jetzt könnte der Gedanke aufkommen, dass beide Perspektiven zwar in Konkurrenz stehen, doch gemeinsam weitere Sichtweisen und Modelle verdrängen, ‚umbringen', nicht zu Wort kommen lassen. Doch dieser Gedanke taucht in der Erzählung von Leibing nicht auf. Nicht thematisiert wird von Leibing auch, dass beide Perspektiven zu Professionalisierung, Markterweiterung und Ökonomisierung führen und damit auch zur Belohnung von Expertinnen, wie Leibing, die konformistisch Geschichte(n) konstruieren und gleichzeitig ‚humanistischen Non-Konformismus' zeigen.[230]

Sozialwissenschaftlich fundierte empirische Untersuchungen der mehrheitlich unter Doxa-Zwang stehenden Bevölkerung werden vermieden. Die heute durch Funktionäre und Experten in der Öffentlichkeit legitimierte antipluralistische Denk- und Handlungsmaxime kann einfach beschrieben werden: Es ist positiv, gut, gesund, richtig und für ‚normale Menschen' alternativlos, dass jemand den Weg in die Demenz bejaht und geht. Diese Domestizierungsposition wird von den meisten Experten als selbstverständlich und dogmatisch gesetzt[231]. Positionsgegner

[228] Dogmatisch ist die Konzeption, da sie nur ihre Konstruktion von Person und Entwicklung anerkennt, andere, z.B. Demenz als Personzerstörung, strikt ablehnt.

[229] Bei entsprechender Nachfrage findet heute eine professionelle Mythenproduktion statt. Zwischen ‚evidenz-basierten' dementia studies und Mythologemen gibt es fließende Übergänge und Verflechtungen.

[230] Diese ‚Doppelstrategie' ist auch bei Gronemeyer stark ausgeprägt.

[231] Um die eigene dogmatische Position zu verschleiern, wird Gegnern Dogmatismus vorgeworfen: z.B. „Absolutsetzung der Autonomie" (Wetzstein 2006, 48).

werden ignoriert, marginalisiert und pathologisiert.[232] Somit wird von Ärzten, die eine derartige alternativlose Demenzbejahung gegenüber Patienten vertreten und ihnen bedingungslose Akzeptanz suggerieren, doppelte *symbolische Gewalt* ausgeübt, da sie nicht nur die ‚normale' einengende medikalisierte Lebensweltsteuerung betreiben, sondern die physische, psychische und soziale Gewalt, die im Verlauf der Krankheit wahrscheinlich gegen diesen Patienten und auch gegen Bezugspersonen ausgeübt werden wird, in die Beratung und Handlungsempfehlungen nicht einbeziehen[233]. Generell wird in der populärwissenschaftlichen und für Studierende geschriebenen Demenzliteratur das Problem der Legitimierung bzw. Ermöglichung von Gewalt vernachlässigt. Untersuchungen zur Gewalt[234] gegen und durch demente Menschen und zur Lebensminderung von Bezugspersonen verursacht durch die Pflege von Dementen[235] werden nicht bzw. mangelhaft durchgeführt, damit diese unerfreulichen Tatsachen möglichst verborgen bleiben[236].

Selten sind wissenschaftlich brauchbare Begründungen für diese dogmatische Professionalität anzutreffen, weil das ‚Selbstverständliche', die *doxa*, nicht analysiert oder gar problematisiert werden soll. Ein Beispiel für eine ‚Begründung': Das ‚Ausleben der Demenz' ist nach Jansen (2005, 109) aufgrund eines „natürlichen Instinkts", den Tod zu vermeiden, „zwanghaft" vorgegeben.[237] Differenzierter sind die Perspektiven von Small, Froggatt und Downs (2007). Sie präsentieren sozial-konstruktivistische und hermeneutische Theorien und De- und Rekonstruktionen (reframing) der Konzepte Person, Autonomie, Diskurs etc. und befürworten eine Kultivierung, Zivilisierung, Normalisierung und Integration der Lebenswelten der Dementen (vgl. Kitwood/ Benson 1995; Higgs/ Jones 2009, 77 ff; Beard/ Knauss/ Moyer 2009). Die Streiter *wider* die Exklusion der Dementen und ihrer Betreuer (und *für* die Exklusion der die doppelköpfige Demenzdoxa[238] öffentlich Reflektierenden!) thematisieren im pflegewissenschaftlichen und –praktischen Interesse allerdings nicht die politischen und ökonomischen Herrschaftsbedingungen, unter denen ihre Theorien, Ideologeme und Praxisvorschläge ‚funktionieren'. In ihrer normativ und durch wissenschaftliche Ignoranz gereinigten von Pflegemythen[239] bevölkerten Interessenwelt sind Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe keine Optionen, sondern nur pathologische Erscheinungen. Somit bleibt im Hintergrund ihrer kunstvoll gestalteten Konstruktionen trotz der Beschwörung von culture of care, „embracing dependency" (Weicht 2011), Gemeinschaft, postmoderner Subjektivität und neuer Denkformen die totale Institution als ‚Lebenswelt' für die meisten schwer Dementen, bzw. das Schlamassel der Pflege durch ausgebeutete Bezugspersonen (vgl. Karrer 2009) und Semiprofessionelle[240].

> „Though the care needs of patients with dementia are considerable, they often receive poor care towards the end of life, with suboptimal pain control and little access to specialist palliative care services" (Gomes et al. 2011, 13).

---

[232] Die Antizipation dieser Bestrafung reicht aus, dass fast kein Wissender es wagt, eine Alternativposition öffentlich zu vertreten. Die heimliche Zensur funktioniert.

[233] So wie Staatsbürger gewarnt werden, wenn sie in Länder reisen wollen, in denen ihnen Gewalt droht, sollen auch Patienten informiert werden, welche Gewalt ihnen droht, wenn sie sich für den Gang in die Demenz entscheiden. Dies erfordert freilich Untersuchungen, die bisher vermieden und verhindert werden.

[234] Die Operationalisierung von Gewalt erfolgt feld-, habitus- und professionsabhängig: Konformistische Ärzte und Sozialwissenschaftler werden das Legen von PEG-Sonden und ähnliche Maßnahmen ausgliedern.

[235] Die Lebensminderung (soziales und psychisches Sterben, Krankheit, Isolation etc.) der privat pflegenden Personen gilt generell bei Dauerpflege (Savage/ Carvill 2009) und speziell bei Demenz (Theofilou 2012).

[236] Allerdings weisen eine Reihe von Demenzforschern auf häufige Gewalt in Familien und Pflegeheimen mit Demenzkranken hin (vgl. Jackson/ Mallory 2009; Hall et al. 2009).

[237] Man könnte auch sagen: Sich der Demenz hinzugeben und nicht Suizid zu begehen, ist eine Form der Verdrängung von Sterben und Tod, denn auf diese Weise wird man das eigene physische Sterben nicht erleben und das eigene psychische und soziale Sterben nicht kultiviert gestalten können.

[238] Biomedical and person-centered model (vgl. Behuniak 2010).

[239] Pflegemythen und –ideologien, z.B. narrativer „reiner" weiblicher Altruismus oder Tabu, sich mit der grundsätzlichen Ablehnung bestimmter Formen von Dauerpflege zu beschäftigen.

[240] Die Folterung von Dementen und anderen physisch und psychisch stark geschwächten Personen wird häufig durchgeführt, z.B. mit Hilfe von PEG-Sonden (vgl. Borasio 2009).

Psychisches und soziales Sterben von Personen und Gruppen wird von diesen ‚Demenzpositivisten' ignoriert, nicht anerkannt bzw. es soll ‚wegbeschworen' und ‚demoralisiert' werden. Dass Suizid und aktive Sterbehilfe für Menschen, denen Ärzte und andere Denkvorgesetzte den Gang in die Demenz als alternativlos vorschreiben, mit Solidarität, Entschleunigung, Ermöglichung eines guten Lebens, zu dem eine selbstbestimmte Beendigung gehört, und einer Abkehr von der Pflegepflicht für Bezugspersonen verbunden sein können, wird von den Demenzdogmatikern ausgeblendet.

Aufgrund seiner politischen Anerkennung ist der Sechste Altenbericht (2010) ein prominentes Beispiel für diesen theoretischen und empirischen Reduktionismus, Dogmatismus und Paternalismus der Demenzpositivisten, die im Interesse mächtiger Gruppen und Organisationen versuchen, dem mangelhaft erforschten Geschehen ein ‚wissenschaftlich' legitimiertes normatives Mäntelchen überzuwerfen:

> „Gerade am Beispiel von Demenzerkrankungen, die sich nach wie vor kausalen Therapieansätzen entziehen, wird deutlich, dass sich Alter nicht beliebig gestalten lässt, Unabhängigkeit und Selbstbestimmung nicht immer aufrechterhalten werden können. Gerade die für hirnorganische Erkrankungen charakteristischen deutlichen Verluste in der kognitiven Leistungsfähigkeit können vor dem Hintergrund eines reduktionistischen Menschenbildes, das Wesen und Würde des Menschen vor allem auf Nützlichkeit gründet, Bemühungen um eine individuellen Bedürfnissen und Präferenzen Rechnung tragende Betreuung und Versorgung als aussichtslos und deshalb auch unangemessen erscheinen lassen" (Sechster Altenbericht 2010, 34).

Soziales und psychisches Sterben im Prozess der Demenz

Soziales Leben und Sterben betrifft die Anerkennung durch andere und zwar sowohl die ‚objektive' Perspektive, d.h. das Anerkennungsverhalten der anderen, als auch die doppelte ‚subjektive' Perspektive, d.h. das Bewusstsein des Anerkannten, dass er anerkannt wird, und die Selbstanerkennung. Ist eine ‚geglückte' und ‚würdevolle' subjektive und objektive Anerkennung bei ‚perfekter Gestaltung' idealtypisch in einem Demenzprozess erreichbar (vgl. Taylor 2010)? Antwort: Selbst in reichen Staaten hauptsächlich für Privilegierte und auch für diese nur in einer Minderheit der Fälle, und abhängig von der Perspektive der Beobachter. Zusätzlich ist noch das psychische Sterben zu beachten. Es kann nicht nur analytisch sondern auch empirisch vom sozialen Sterben getrennt werden. Auch wenn eine Person die nur einer wohlhabenden Minderheit angebotene Option erhält, in einer ‚schamkompetenten' ressourcenverschlingenden Umwelt in die Demenz zu gleiten, kann sie trotzdem diesen Sterbeprozess aus persönlichen Gründen ablehnen, d.h. Suizid oder aktive Sterbehilfe sind gerechtfertigt. Gerade in einer leistungs- und führerorientierten imperialistischen Kultur, nämlich ‚unserer' westlichen, wäre es doch sehr verwunderlich, wenn hoch entwickelte Personen den Abstieg in die Demenz nicht als beschämend, erniedrigend, selbstzerstörend, kulturverachtend und zentralwertzerstörend empfinden. Durch diese hier nur verkürzt dargebotene Argumentation ist erkennbar, dass die herrschenden dogmatischen Demenzökonomien und –organisationen derartige theoretische und praktische Überlegungen und die passenden Beobachtungen ignorieren (müssen), was aufgrund der hochkulturellen und wissenschaftlichen Leistung als hochrangige symbolische Vernichtung und Verdrängung bezeichnet werden kann.

Ein weiteres Beispiel für die blinden Flecken und die nicht hinterfragte *doxa* der Demenz-Experten: Ballenger (2006, 115 ff) beschreibt die differenzierte Fremd- und Selbstanalyse eines amerikanischen Schriftstellers, der die ‚Zone' zwischen Normalität und Senilität erkundet. Der Experte fragt rhetorisch und gekünstelt naiv, warum dies so wichtig für diesen Schriftsteller sei. „Even if its signs were detected early, nothing could be done to prevent Alzheimer's disease" (ebd., 117). Dass Suizid, Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe legale und illegale und sozial und moralisch hochwertige Alternativen sein können, wird von Ballenger und

anderen Hütern der Orthodoxie[241] ignoriert bzw. negiert.[242] Im Rahmen einer unreflektierten wissenschaftlichen Bestandsaufnahme und Analyse wird Ideologisierung, Normalisierung und Entmündigung betrieben. Wenn man anspruchslos ist, kann man dies auch professionelle Weltbild- und Feldgestaltung nennen. Ein weiterer Beleg: Innes (2009) hat einen sozialwissenschaftlichen Bericht über „Dementia Studies" verfasst. In zentralen Textteilen und im Index sind folgende Aspekte und Begriffe *nicht* zu finden: death, (assisted) suicide, identity, fear, euthanasia, paternalism, depersonalization. Bartlett und O'Connor (2010) nennen ihr Buch „Broadening the dementia debate", doch sie fügen sich in den ‚Diskurs des Verschweigens' kritiklos ein. Die Flaggen des Silencing: „critical approach", „consciousness raising", „expand imagination", „think more deeply". Diese verbissene und verklemmte Missachtung eines zentralen Denk- und Erlebnisbereiches kennzeichnet auch die Demenz-Leitlinie.[243]
Und wie soll man hochrangige wissenschaftliche Tagungen beurteilen, in denen zwar folgende Themen behandelt werden: The effects of Qigong on people with dementia, Circle dance as an activity in care settings for people with dementia and their carers, Having the last laugh: dementia and clowning[244]; aber keine Veranstaltungen über Suizid, Beihilfe zum Suizid, aktive Sterbehilfe, Patientenverfügungen, um unwürdiges Leben und Sterben zu vermeiden oder zu beenden und über die undogmatische und heterodoxe Beratung derjenigen, die eine Demenzdiagnose erhalten haben?

Sowohl die Vertreter der *Positivierung* der Demenz als auch die der *Negativierung* nennen ethisch hochwertige Ziele: Emanzipation, Aufklärung, Humanisierung, Innovation, Fortschritt etc. Da das *Positivierungsparadigma* von mächtigen Institutionen und Professionen gestützt wird, vermögen ihre hochpositionierten Vertreter die soziale Realität so darzustellen, als würden die *negativen* Alternativwirklichkeiten von nicht-satisfaktionsfähigen Gruppen konstruiert. Es zeigt sich allerdings eine *Dialektik* bzw. ein *Paradoxon*, auf die in diesem Text bereits hingewiesen wurde (Januskopf der Demenzglorifizierung): Die Positivierung der Demenz (z.B. Small/ Froggatt/ Downs 2007; Zehender 2005) ist mit der Negativierung des Suizids (Suizidologie) und der selbstbestimmten Lebensverkürzung verkoppelt[245]: eine Profession, die Entstigmatisierung betreibt[246], kooperiert mit einer Profession, die Stigmatisierung betreibt.[247] Beide widmen sich der Rechtfertigung und Gestaltung der von privilegierten Gruppen und den Vertretern des expansiven medizinischen Systems erwünschten Kontrolle und Nutzung des physischen, psychischen und sozialen Lebens und Sterbens.

Nach wie vor halten sich Demenzexperten in den Fachzeitschriften und Lehrbüchern an die impliziten Reflexionsverbote, d.h. sie verstoßen permanent gegen zentrale epistemische Werte.[248] Und sie missachten auch den integrierenden westlichen *Kult des Individuums*, der mit

---

[241] Die Selbstverständlichkeit des Ganges in die Demenz darf in Hochdiskursen nicht angezweifelt werden, weshalb auch strenge Zensur in Fachschriften ausgeübt wird.
[242] Eines von vielen Beispielen dieser Negation: DEGAM-Leitlinie Nr. 12. http://www.degam-leitlinien.de/
[243] http://www.demenz-leitlinie.de/
[244] http://events.dementia.stir.ac.uk/%E2%97%8F-programme
[245] Dass dieser Zusammenhang auch von führenden Vertretern der neuen Demenzideologie (Klie, Student) gesehen wird, lässt sich aus ihren Aussagen im Kampf gegen die Humanisierung der Beihilfe zum Suizid erkennen: http://christoph-student.homepage.t-online.de/ Pressemitteilung%20zur%20geplanten%20Freigabe%20der%20Suizidbeihilfe%20durch%20%C4rzte%20in%20Deutschland.pdf
[246] "We also think it's important that after centuries of stigma around dementia that people actually think positively about dementia as a chronic disease". http://www.abc.net.au/worldtoday/content/2008/s2587954.htm
[247] Dies lässt sich etwa an folgender gespreizter jeglichen common sense verleugnender und empirisch falsifizierter Argumentation erkennen: „Wenn dem autonomen Subjekt nichts bleibt, als seine Würde als autonomer Mensch dadurch unter Beweis zu stellen, dass er der drohenden Abhängigkeit durch einen finalen Akt der Selbstbestimmung entgegentritt, dann spricht ein derart dominantes Autonomieethos als ethisches Leitprinzip den Menschen in Abhängigkeit schnell Lebenswert und –recht ab" (Klie 2006, 74).
[248] Freilich gibt es Ausnahmen. Cooley (2009) argumentiert, dass es bei drohender Demenz sogar eine von Kant her zu begründende Pflicht zum Suizid geben könne.

Selbststeuerung, Bildung und Hochentwicklung verbunden ist[249]. Sie degradieren durch ihre dogmatische reduktionistische Sichtweise das mit hohem Aufwand hergestellte Kulturwesen zu einem Organismus, den sie durch die Vergötterung der Tierart homo sapiens in den Adelsstand befördern.

> „Will ich im vorhinein über mich als dementen oder komatösen Menschen entscheiden, gebe ich ihm keine Chance mehr, als Träger der Menschenwürde in seinem Zustand Signale zu senden, die zusätzlich zu meiner Vorausverfügung beachtet werden müssen“ (Mieth 2009, 6).

Dies ist eine interessante Überlegung: Ein Mensch kann durch seine Lebensverkürzungsentscheidung, z.B. durch Suizid, Chancen verteilen. Vielleicht will er nicht seinem schwer dementen oder komatösen Körper ‚Chancen’ geben, sondern einem anderen bewussten Menschen! Doch Mieth und andere wollen offensichtlich nur ihrer Weltsicht entsprechende Autonomie- und Solidaritätshandlungen[250] anerkennen. Eine Person kann durch ihren rechtzeitigen Suizid oder durch eine Patientenverfügung, die von einem fortschrittlichen Rechtssystem anerkannt wird, nicht nur ihre Persönlichkeit schützen bzw. deren (biografische) Gestalt selbst bestimmen, sondern sie könnte Ressourcen, die für ihre Pflege erforderlich wären, anderen Bereichen widmen, die sie für höherwertig hält (reflexive Solidarität[251]).[252]

Exkurs: *Sklave des eigenen Körpers und der Körperverwertungsindustrie*

Die Positivierung der Demenz ist im Rahmen des medizinischen und politischen Projekts „Sklave des eigenen Körpers“ zu sehen. Es ist eine Form der fremdgesteuerten Individualisierung, die Interessen bedeutsamer Feldspieler dient. Das Individuum konzentriert seine Kräfte auf das norm- und marktgerechte Angebot des eigenen Körpers, der von Profiteuren instrumentalisiert wird.[253] Es handelt sich um eine „doppelte Versklavung“[254], die auch entsprechend belohnt wird. Allerdings dürfte sich die Bilanz für viele im hohen Alter und vor allem in der Phase der Demenz ins Negative kehren. Vor allem alte Menschen werten ihre psychischen und sozialen kulturellen Kompetenzen zu Gunsten einer reduktionistischen und autoritätshörigen Körperorientierung ab. Diese reduktionistische Körperdienstleistungshaltung wird durch Medizin, Konsum und Pflege verstärkt. Dadurch werden alte Menschen für eine nachhaltige Entwicklung von Lebens- und Kultursystemen und für eine Gestaltung einer humanen Weltgesellschaft deaktiviert, sie werden verdinglicht und viele landen dann in den für sie vorgesehenen ‚Lagern‘. Die Akzeptanz der „doppelten Versklavung“ wird von PflegeideologInnen unter den Schlagworten ‚Solidarität’ und ‚Würde’ beworben.

Eine schlichte heuristische Typologie möglicher Demenzstrategien kann zwischen einem

- Normaltyp: *professionell gestützter naturalisierter Kollektivismus*, zu denen die Personen gehören, die gehorsam in die Demenz marschieren, und einem

[249] Scheinbar werden dieser Kult und dieses Menschenrecht durch moderne Demenztherapien (für Privilegierte) gestützt, z.B. die Selbsterhaltungstherapie (http://www.ambulante-soziotherapie.de/html/archiv/Aufsatz%20-%20Selbsterhaltungstherapie.pdf), doch die Ausklammerung von alternativen Selbsterhaltungskonzepten (durch Suizid und aktive Sterbehilfe) in diesen Therapien zeigt ihre reduktionistische und dogmatische Ausrichtung.

[250] Solidaritätsbeschwörungen in diesen Bereichen dienen der innigen Bindung von Menschen an die Medizin- und Pflegeökonomie.

[251] Reflexive Solidarität: 4 (!) Treffer bei Google-Scholar. Keine brauchbare Theorie, keine guten empirischen Untersuchungen!

[252] Die dogmatische Ablehnung dieser Sichtweise und die symbolische Vernichtung ihrer Vertreter haben ihre Hauptfunktion in der Herrschaftsstabilisierung, wobei die Annahme, dass eine Perspektivenerweiterung die so genannten Wertgrundlagen der politisch-ökonomischen Leitkultur gefährden könnte, in Frage zu stellen ist.

[253] Schroeter (2007, 138) analysiert ein ähnliches Phänomen am Beispiel des alternden Körpers: „Das individuelle Selbst wird quasi zum Gefangenen des altemden Körpers, der die wahre Identitat nicht länger physisch zum Ausdruck bringen kann.“ Doch in dieser Beschreibung bleibt unklar, welche Akteure diese sozialen Konstruktionen bewirken oder begünstigen.

[254] Man könnte es auch „interaktive Versklavung“ nennen, da es sich wohl um komplexe vernetzte Herrschaftssysteme handelt.

- Abweichenden Typ: *professionell verhinderter bzw. stigmatisierter egoistischer und/oder solidarischer Individualismus*[255], zu denen die Personen gezählt werden, die durch Suizid oder andere Maßnahmen Demenzphasen vermeiden,

unterscheiden. Durch eine bisher versäumte Theorieentwicklung und darauf bezogene empirische Untersuchungen könnte dieser Ansatz fruchtbar gemacht werden.
Entsprechend der ideologischen und professionellen Lage wird derzeit starker Druck auf die Träger und Manager psychischer Systeme ausgeübt, die Erwartungen der leitenden Strukturwächter zu erfüllen. Dieser soziale Druck wird auch durch „wissenschaftliche Wahrheiten" untermauert. Es wird z.B. argumentiert, dass sich die radikale Defizitsichtweise auf die Demenz durch eine Überbetonung der kognitiven Kompetenzen ergibt, und emotionale, spirituelle, relationale und ästhetische Perspektiven ein ganz anderes Bild erscheinen lassen (Small/ Froggatt/ Downs 2007, 103 ff). Solche Argumente sind durchaus anerkennenswert, doch leider dienen sie einer autonomie- und optionenschädigenden Praxis, da diejenigen Betroffenen, die eine *abweichende* Sichtweise vertreten, dadurch noch geringere Chancen haben sich durchzusetzen. Chronisch kranke Menschen werden im medizinischen und pflegerischen System in Handlungsketten (Elias) gelegt und geraten häufig in Einbahnstraßen, in denen ihre mehr oder minder gelungene Individualisierung schleichend kollektiviert wird. Demente Personen werden ‚gesellschaftlich' und ‚personal' marginalisiert. Demenzökonomie und –wissenschaft ‚nehmen sich' selektiv der Marginalisierten an und kollektivieren sie staatsgestützt mit hohem Aufwand, der lukrative Geschäfte und Berufschancen garantiert[256]. Somit entstehen nachhaltige professionell überwachte und herrschaftserhaltende Klientenklassen. Diese strukturellen Gegebenheiten werden auch nicht durch idealisierende Beschreibungen von Professionalisierung oder Edelbezugspersonenkontexten geändert: die idealtypische altruistische ausgezeichnet ausgebildete Person, die den komplexen sozialen Kontext kennt (vgl. Gastmans/ De Lepeleire 2009) oder die überdurchschnittlich mit ökonomischen und kulturellen Ressourcen ausgestattete psychologisch geschulte Dame (Taylor 2010).

These 4a: Der die ideologische, politische und pflegerische Szene beherrschende Demenzpositivismus ist durch folgende Doppelstrategie gekennzeichnet: Er fährt in den Diskursen der Humanisierung, der Menschenrechte, der Solidarität mit und betreibt gleichzeitig eine ökonomisch und herrschaftlich fundierte Degradierung, Erniedrigung, Entwürdigung und Entmündigung.

Der Positivierung und Idealisierung der Demenz dient auch die häufig von ‚Experten' in der Öffentlichkeit geäußerte Behauptung, dass die meisten schwer Dementen ‚glücklich', ‚zufrieden' oder zumindest schmerzfrei seien[257]; sie beruht auf bewusstem Verschweigen negativer Aspekte[258], selektiven *Erfahrungen* und ist wissenschaftlich nicht haltbar, wie z.B. eine israelische Studie nachweist (Aminoff/ Adunsky 2004; vgl. auch Ostwald et al. 2002).[259]

> "an abundance of literature exists to demonstrate that pain is undiagnosed and untreated in patients with dementia (Martin et al, 2005; Herr et al, 2006; Sampson et al, 2006; Horgas, 2010; Husebo et al, 2008; Barber and Murphy, 2011)" (Dempsey et al. 2015, 130).

Förstl u.a. (2012, 228) behaupten, dass „vergleichsweise wenige Demente und Patienten mit anderen schwerwiegenden Erkrankungen ihr Leben für hoffnungslos" halten, obwohl die Untersuchungslage eine derartige generalisierende Aussage nicht ausreichend stützt.

---

[255] Feldfunktionäre und Experten bezeichnen den Demenzsuizid als egoistisch und versuchen über Bildung und Medien alternative Weltsichten und Sinngebungen zu unterdrücken.
[256] In der Endphase handelt es sich teilweise um eine Art von ‚prämortaler Einbalsamierung'.
[257] Eine Aussage des Psychiaters Dörner (2008, 5): „… ich werde nach dem Übertritt in die neue menschliche Seinsweise der Demenz oder des Wachkomas ein Anderer sein, der übrigens in der Regel erkennbar gern darin lebt".
[258] In einer großen irischen Studie zum Sterben in Organisationen wurde festgestellt: „It found that the quality of dying in hospitals varied, depending on the patient's disease. The range, from best to worse, is cancer, circulatory diseases, respiratory diseases and dementia/frailty." http://www.atlanticphilanthropies.org/news/lack-end-life-support-patients
[259] Es ist mehrfach nachgewiesen worden, dass Demenzkranke weniger gut versorgt werden als andere vergleichbare Kranke: schlechtere Schmerztherapie etc. (vgl. Lukas 2008).

Es gibt Menschen, für die die selbstbestimmte Gestaltung des psychischen und sozialen Sterbens höhere Priorität als ein ‚ordnungsgemäßes' physisches Sterben oder als Lebenslänge oder als Gehorsam gegenüber der herrschenden Moral hat. Menschen mit derartigen Welt- und Personbildern werden zur Erhaltung ihrer Würde und teilweise auch mit Rücksicht auf Bezugspersonen den Zustand fortgeschrittener Demenz oder andere gravierende psychosomatische Zerstörungsprozesse zu vermeiden trachten[260].

Solche Sicht-, Lebens- und Sterbeweisen werden wahrscheinlich in absehbarer Zeit in fortschrittlichen Regionen gesellschaftlich und rechtlich akzeptiert werden.[261] Teile der Bevölkerung sind in dieser Hinsicht bereits derzeit liberaler, toleranter und fortschrittlicher als die Gesetzgeber und das politische und medizinische Führungspersonal in den meisten demokratischen Staaten. Die zu erwartende „Demenzwelle" bietet vielfältige Kultivierungschancen für den Umgang mit Demenz und für die Gestaltung von Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe. Die verbalen und nonverbalen Rituale, zu denen sich fast alle öffentlich zugelassenen Sprecher geleitet durch Oberpriester (Professoren, Funktionäre etc.) verurteilt haben, werden immer schwerer erträglich, so dass ein Wandel wahrscheinlicher wird (vgl. Elias 1992, 132 f).
Kultivierung, Demokratisierung und Humanisierung zeigen sich in der Differenzierung der Dispositionen, mentalen Strukturen, Gemeinschaftsformen und Institutionen und in der Spannbreite ‚normalen Verhaltens', d.h. des Verhaltens, das von großen Teilen der Bevölkerung akzeptiert bzw. geduldet und vom Rechtssystem nicht mit Strafen belegt wird.[262]

Die Spannbreite der individuellen Reaktionen auf mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartende oder bereits sich entwickelnde Demenz kann grob mit zwei extremen Fallbeispielen beschrieben werden:
Fall 1: Ein Mensch wird immer dementer und überlässt sich ohne jegliche Selbst- bzw. Mitbestimmung der Therapie und Pflege, wie immer diese gestaltet sein mag, bis zum *schönen* oder *bitteren* Ende.
Fall 2: Ein Mensch erhält aus kompetenter Quelle die Demenzdiagnose. Dieser Mensch verfügt über ein Selbstbild bzw. ein Selbstkonzept, das einen Verlust für ihn zentraler Kompetenzen und Persönlichkeitsmerkmale und von Fremdbildvorstellungen (Vorstellungen signifikanter anderer über seine Person) und/ oder von Belastungen von Bezugspersonen als nicht akzeptabel festgelegt hat und er handelt gemäß diesem Selbstkonzept.[263]
Eine differenzierte Kultivierung wird übrigens für beide Typen durch die derzeitige ‚Expertensteuerung' behindert.[264]

Die Tugend[265] der Demenzaskese und der Fürsorge[266]

Die derzeitige Chance, Formen der Demenz durch Suizid oder aktive Sterbehilfe zu vermeiden, ist äußerst gering. Personen, die solches versuchen, müssen über Kompetenzen und Ressourcen verfügen, um die Mauern der Medizin, der staatlichen Kontrolle, der organisierten Religion und der doxa zu überwinden. Netzwerke oder Gruppen könnten Demenzaskese oder –abstinenz (durch Suizid etc.) untersuchen[267], klientenperspektivische Beratung anbieten und

[260] Ein Beispiel: http://community.livejournal.com/ontd_political/6673663.html
[261] Eines der bisher seltenen medial vermittelten Beispiele für eine Kultivierung in diesem Bereich: „Sterben im Kreise der Kinder. Letzter Wille einer demenzkranken Münchnerin" (tz, 9.9.2010).
[262] Das Rechtssystem sollte deshalb etwas *progressiver* als die Mehrheit der Bevölkerung sein. Im Falle der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe ist es in der EU bedauerlicherweise „umgekehrt".
[263] Eine entsprechende Fallschilderung findet man in Hartmann/ Förstl/ Kurz (2009).
[264] Doch nicht nur Experten erweisen sich als Kultivierungsdogmatiker, sondern auch Organisationen der Betroffenen bzw. ihrer Bezugspersonen (vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung 2010).
[265] Die Verwendung des Tugendbegriffs wird individualisiert und ist kontextabhängig: Für den einen ist es tugendhaft, die Demenz bis zuletzt auf sich zu nehmen, für den anderen, sie abzukürzen oder zu vermeiden.
[266] Vgl. auch den Abschnitt zu „Altruismus, Solidarität und Opfer".
[267] Es wäre eine Aufgabe der Suizidologie, die jedoch von dieser Subdisziplin vernachlässigt wird.

gemäß anerkannten Wünschen der Betroffenen Unterstützung geben. Die ersparten ‚ökonomischen und sozialen Kosten' könnten von Personen und Organisationen (z.B. Versicherungen) gezielt und ‚tugendhaft' gemäß den Vorstellungen der asketischen Person eingesetzt werden. Dies weist auf eine übergreifende Problematik: Die Begünstigung eines ‚modernen tugendhaften Lebenslaufes' erfordert eine Kooperation bisher getrennt agierender Organisationen (Kita, Schule, Hochschule, Weiterbildung, Ämter, Betriebe, Altenheime, Krankenhäuser, Psychiatrie[268] etc.). Dies wäre vielleicht ein lohnenswerter Tagesordnungspunkt für Ethikkommissionen und interministerielle Konferenzen.
Soziologisch könnte man diese ‚Luxus'-Askese-Ambivalenz der Demenzinstitutionalisierung etwa folgendermaßen analysieren: Das ressourcenverbrauchende Ausleben der Demenz ist ein fragwürdiges Zivilisationsprodukt der Demokratisierung des Habitus ‚müßiger Klassen' (*leisure class* nach Veblen), unproduktiver Konsum, ein teures Laster, das von Profiteuren als Tugend und kulturelle Hochentwicklung ausgegeben wird (vgl. Neckel et al. 2010, 429 ff)[269]. Vielleicht ist es ein Missverständnis, wenn man die Sloterdijk-Semantik[270] bemüht, geschickt changierend zwischen philosophischem Pathos und medial distinktiver westbürgerlicher Unterhaltung: ökologisch-kosmopolitischer Imperativ oder ‚Du musst dein Leben und Sterben ändern!'[271]

Doch die hier vorgestellte Tugend kann auch einfältig oder pflegewissenschaftlich verstanden und geübt werden. Ein in der Verfahrenslegitimation für Demenz und andere Formen des professionell hergestellten und begleiteten radikalen psychischen Sterbens verwendeter Schlüsselbegriff ist *Fürsorge*, der im familiären Bereich in der Regel mit Askese[272] gekoppelt ist. Eine Person, die in kultivierter Kooperation mit ihren Bezugspersonen ‚rechtzeitig' Suizid, möglichst mit einfühlender Beihilfe, begeht, handelt fürsorglich. Sie weiß, dass die oft jahrelang pflegenden Bezugspersonen durch die Begleitung des ‚natürlichen Sterbens' in ihrer Lebensentwicklung gravierend behindert werden (z.B. stark erhöhtes Depressionsrisiko) und ermöglicht ihnen eine bessere Lebensführung.[273] Eine derartige Sichtweise wird selbstverständlich von denen, welche die derzeitigen Märkte der Sorge und Fürsorge betreiben und legitimieren, heftig bekämpft werden.

These 4b: *Personen, welche die bisher übliche Demenzhingabe als moralisch oder ethisch verbindlich ansehen, sind im Durchschnitt opportunistischer, konformistischer, partikularistischer, weniger gebildet, konservativer, religiöser und reflexionsärmer und handeln weniger nachhaltig als Personen, die versuchen, Formen des psychischen und sozialen Sterbens, die ihren Werthaltungen nicht entsprechen, durch Lebensverkürzung zu vermeiden.*[274]

Zwischen den Extremen der bedingungslosen Akzeptanz und der totalen Ablehnung können sich in einer freiheitlichen Kultur viele Formen der Selbst- und Fremdbestimmung entwickeln. Kultivierung, Demokratisierung und Humanisierung können sich entfalten, wenn Rechts-, Politik- und Gesundheitssysteme nicht behindernd wirken und wenn der Einfluss religiöser und anderer weltanschaulich fixierter Gruppen auf das Recht, die gesellschaftliche Institutio-

[268] Zwischen der Akzeptanz von Demenzaskese und Suizidprävention besteht kein ‚grundsätzlicher Widerspruch'.

[269] Allerdings kann man argumentieren, dass es ein riesiger Fortschritt sei: dementer Müßiggang für ALLE (faktisch nur eine Minderheit der ‚potentiell Dementen'). Außerdem sollte man u.a. bedenken, dass es sich um herrschaftskonformen und kulturell geringwertigen Müßiggang handelt. Auch der Müßiggang ist zu kultivieren.

[270] Sloterdijk (2009a, 52 ff) weitet den Askesebegriff aus: Üben, Training, Anthropotechnik, Heroismus etc. Dadurch wird der Begriff jedoch immer weniger für Differenzierungen geeignet. Positiv an dieser De- und Rekonstruktion von *Askese* ist die Anregung zur Reflexion und die Entwendung des Begriffs aus reaktionären religiösen und philosophischen Einhegungen.

[271] http://www.denkwerkzukunft.de/downloads/Konferenzbericht_Langfassung.PDF

[272] Askese ist wahrscheinlich fast immer mit Fürsorge verbunden, allerdings meist nicht mit Fürsorge für andere, sondern für physische, psychische oder soziale ‚Eigenteile'. Hier ist auf eine ‚Dialektik' hinzuweisen: Fürsorge für sich selbst kann mit Fürsorge für andere verbunden sein, da man die andere belastende Fürsorge dadurch zu vermeiden sucht.

[273] Sicher ist dies ein idealtypischer Hinweis. Die derzeitige gesellschaftliche Lage ist multidimensional und professionell gegen derartige Askese und Fürsorge ausgerichtet, so dass entsprechende Versuche auf große Widerstände stoßen werden.

[274] Auf Theorien, aus denen Teile dieser These ableitbar sind, bezieht sich dieser Text, allerdings sollten sie noch besser expliziert werden.

nalisierung und damit auf die Fremd- und Selbstbestimmung der Menschen möglichst gering gehalten wird.[275]
Der Verbesserung der Kultivierungschancen dienen Patientenverfügungen, die Ergänzung des reinen Defizitansatzes bei der Beurteilung des Suizids durch einen Kultivierungsansatz, die Institutionalisierung von Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe und eine herrschaftsreduzierende Differenzierung der diese Angelegenheiten betreffenden öffentlichen Diskurse. Die derzeitigen gesetzlichen und sonstigen organisatorischen Regelungen in den meisten europäischen Staaten entsprechen nicht diesen Kultivierungsanforderungen.[276] Ein bewusster und kognitiv kompetenter Mensch kann, wenn er von mächtigen Personen und/oder Professionellen abhängig ist, im Rechtsstaat entmündigt, sozial und psychisch degradiert werden. Dagegen zeigen manche Juristen und Mediziner gegenüber einem eindeutig unmündigen Menschen, z.B. bei schwerer Demenz, eine erstaunliche Bereitschaft, seinen professionell diagnostizierten, also nur indirekt erfassten „natürlichen Willen“ – eine wissenschaftlich unbrauchbare Konstruktion[277] – über den dokumentierten Willen des gemäß common sense und vielfältig abgesicherter Wissenschaftsauffassung urteilsfähigen Körperbesitzers zu setzen.[278]

These 4c[279]: In modernen Gesellschaften ist das Risiko für eine Person, durch die Demenzphase Interessensverletzungen[280] zu ‚erleiden', eindeutig höher als das Risiko, durch das Vermeiden der Demenzphase, z.B. durch Suizid, Interessensverletzungen zu ‚erleiden'.[281]

Der derzeitige gesellschaftliche und professionelle Zwang, Demenz ‚auszuleben', kann als soziale und psychische Unterdrückung, ähnlich der Vergewaltigung, verstanden werden.[282] Von Experten wird zwar auf die ‚Gefahr' des sozialen Drucks bei einer Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe oder der Beihilfe zum Suizid hingewiesen, doch dies ist eine nicht bewiesene Vermutung, während der soziale Druck auf viele Menschen, in Krankenhäusern und Heimen Folter zu akzeptieren[283] und ein unwürdiges Leben in Kauf zu nehmen, trotz massiver Desinformation und Vermeidung von Forschung offensichtlich geworden ist. Zur Bestärkung des sozialen Drucks und zur Rechtfertigung der professionalisierten Einbahnstraße werden humanwissenschaftliche Reflexion ausblendende sozialwissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht, in denen die in Alltagskommunikation und teilweise in den Medien aufzufindende Demenz und Alzheimer negativ beschreibende und ‚stigmatisierende‘ Metaphorik als Abweichung von einer neutralen oder positiven wissenschaftlich legitimierten Sichtweise dargestellt wird (Johnstone 2011).

---

[275] In Australien ist die öffentliche Diskussion etwas weniger verklemmt und zensiert als in Deutschland und Österreich. Vgl. http://www.australianageingagenda.com.au/2011/03/21/article/Euthanasia-The-debate-is-happening/BXLQUNEQXX

[276] Selbst die derzeit vielleicht weltweit progressivste Gesetzgebung in den Niederlanden führt nach einem Bericht zu keinen zufrieden stellenden ‚Ergebnissen': de Boer et al. 2010a. Doch sind die ‚Ergebnisse' in den Niederlanden wahrscheinlich für Betroffene zufrieden stellender als in den weniger progressiven EU-Ländern, in denen Untersuchungen vermieden werden.

[277] “The ethical debate focuses essentially on how to respond to the current wishes of a patient with dementia if these contradict the patient's wishes contained in an advance directive. The (very limited) empirical data show that the main factors in medical decision-making in such cases is not the patient's perspective but the medical judgment of the physician and the influence of relatives. Insight into the experiences and wishes of people with dementia regarding advance directives is totally lacking in empirical research.” (De Boer 2010b, Abstract)

[278] Vgl. zur Kritik an einer solchen Position: http://patientenverfuegung-patientenautonomie.iqb-info.de/2009/06/19/patientenverfugung-und-demenz/

[279] Operationalisierung und Thesenprüfung sind schwierig, d.h. die These hat heuristischen Wert: sie soll anregen, sich mit einem komplexen Problem mehr zu beschäftigen.

[280] Interessensverletzungen können sein: Lebensqualitätserfahrungen unter subjektiv gesetzten Schwellenwerten, Verringerung der Lebensqualität von Bezugspersonen, Beeinträchtigung des sozialen Weiterlebens (negatives Fremdbild).

[281] ‚erleiden' kann auch postmortal (soziales Leben und Sterben) gemeint sein, wobei auf Weltanschauung und Interessen der betroffenen Person fokussiert wird.

[282] Der durch Anselm von Feuerbach bekannt gewordene Ausdruck „Seelenmord“ kann wie der Begriff „sozialer Tod“ in perspektivischer Sichtweise auf schwere Demenz angewendet werden (vgl. eine analoge Argumentation zum Vergewaltigungsproblem bei Benner 2010).

[283] Vgl. z.B. de Ridder 2010, 97 ff.

Die Demenzbejahung ergibt sich auch aus der Lebensverlängerungsideologie (‚Leben an sich ist wertvoll'). Menschen neigen dazu, ihren Besitz, zu dem ihr Körper zählt, vorschriftsmäßig quantitativ zu bewerten, allerdings im Wert zu überschätzen (Endowment-Effekt, Verlustaversion). Außerdem wird der eigene Körper auch nach anerkannten Messwerten bewertet: Größe, Gewicht, Haltbarkeit in Jahren, motorische Funktionsfähigkeit etc. Zusätzlich werden sie durch an der Anlage, dem quantifizierten Körper, verdienenden Anlageberatern (Ärzten u.a.) darin bestärkt, nicht rechtzeitig zu verkaufen, sondern auch bei steigenden Chancen, Verluste zu erleiden, das Restleben zu erhalten und weiter zu investieren.

These 4d: Die derzeit in der Öffentlichkeit und in der Wissenschaft vorherrschende Demenzideologie, die sich z.B. in Fachbüchern manifestiert, bewirkt zusätzliche physische, psychische und soziale Gewalt und behindert eine Kultivierung des Sterbens im Interesse der Mehrzahl der Menschen.

Exkurs: „Ist Altern eine Krankheit?" von Dammann und Gronemeyer (2009)

Die beiden Autoren treten an, um „die gesellschaftlichen Anforderungen der Demenz" als „psycho-sozio-biologisches Phänomen" zu bewältigen. Sie äußern sich kritisch gegenüber der Medikalisierung, der Ökonomisierung und der professionellen Pflege, doch nicht gegenüber dem politisch, medizinisch und kirchlich gestützten Kultivierungsverbot, das Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe betrifft. Ganz im Gegenteil geben sie sich in diesem Bereich ganz den bewährten Stigmatisierungs- und Vorurteilsstrukturen der leitenden Funktionäre[284] hin (179 f). Dass die mehrperspektivische Konzeption selbstbestimmten Sterbens eine Chance darstellt, Medikalisierung, Ökonomisierung und Herrschaft im Interesse konkreter Menschen zu humanisieren, ist für Dammann und Gronemeyer offensichtlich ein Denktabu. Die Autoren rufen dazu auf, die Demenz als eine Chance für gesellschaftliche Innovation zu sehen und dies in entsprechendes Handeln umzusetzen und machen bedenkenswerte Vorschläge, die sich vor allem auf neue Formen der Vergemeinschaftung („neue Kommune") beziehen, wobei eine altmodische Technologie- und Wissenschaftsabwehr im Spiel ist. So bietet dieser Ansatz, der in ähnlicher allerdings pflegewissenschaftlich differenzierterer Weise auch von Small, Froggatt und Downs (2007) vertreten wird, zwar für konservative Minderheiten durchaus Anregungen, doch zur Bewältigung der künftigen gesellschaftlichen Anforderungen trägt er wenig bei.[285]

Am Ende des Abschnitts über Demenz noch ein Spruch aus der 8. Satire des Juvenal in seiner traditionellen, modernen und postmodernen Vieldeutigkeit:
„Betrachte es als die größte Schandtat, das nackte Leben höher zu stellen als die Scham; und um des Lebens willen die Gründe, für die es sich zu leben lohnt, zu verlieren." (Juvenal 2007, 91)

[284] Die aktive Sterbehilfe bedeutet für Dammann und Gronemeyer „eine Absage an die Werte einer humanen Gesellschaft" (59).
[285] Die medizinische Pathologisierung und die religiöse Verherrlichung der Demenz sind zwei Seiten einer konservativen Medaille.

Leben

Dass nach einer längeren wissenschaftlichen Diskussion über Sterben und Tod in diesem Text auf das Thema ‚Leben' übergesprungen wird, bedarf einer Begründung. Es ist zwar aufgrund der Arbeitsteilung akzeptabel, jedoch gleichzeitig mehrdimensional problematisch, Lebens- und Sterbeanalysen zu trennen. Institutionalisierte Trennungen zwischen Feldern und Arbeitsbereichen können nicht aufgehoben werden, doch lebenswissenschaftliche Beobachtungen und Erkenntnisse begünstigen Differenzierungen in der Thanatologie.

Während die sozialwissenschaftlich orientierte Sterbe- und Todeswissenschaft ein Schattendasein fristet, eilen die multidisziplinären Lebenswissenschaften[286] von einem Höhepunkt zum nächsten.

These 5a: Die Life Sciences werden in Zukunft einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung und Entwicklung der Menschheit liefern.
These 5b: Durch die Life Sciences wird in Verbindung mit anderen Technologien eine kaum vorhersehbare Umwälzung der kulturellen und sozialen Strukturen in Gang gesetzt werden.
Die Thesen 5a und 5b sind wahrscheinlich für die Mehrheit der derzeit lebenden Menschen subjektiv und objektiv unbedeutsamer, als es die westlichen hochkulturellen Diskurse explizit und implizit vortäuschen[287].

Das Begriffsfeld *Leben* ist multidimensional strukturiert (vgl. Brenner 2007; Bröckling/ Schöning 2004) und die Teilwissenschaftler und Funktionäre nehmen sich das aus dem Feld, was zu ihren *Codes* passt und was ihnen vorteilhaft erscheint, bzw. gestalten die Beschreibungen so, wie es ihnen die *Paradigmen*, die Vorgesetzten und die herrschenden Normen vorschreiben. Allerdings wird durch kapitalstarke bzw. -abhängige Organisationen und Menschenführer vorgetäuscht, dass ein Lebensdogmatismus unverzichtbar wäre, Leben des homo sapiens absolut und objektiv bestimmbar sei und sakralen Charakter hätte, obwohl der Begriff „menschliches Leben" und sein semantisches Feld innerhalb von wissenschaftlichen Theorien, sozialen Kontexten, psychischen Systemen und Ideologien variierenden Sinn gewinnen.[288] Ein politisch und militärisch aufwendig gestützter Lebensdogmatismus existiert erst seit kurzer Zeit in der westlichen Welt. Die Sakralisierung des ‚Menschenlebens' (innerhalb eines Staatsgebiets), gefolgt von Legitimationen im Interesse verschiedener Gruppen und Organisationen, wurde nach dem Ende des 2. Weltkrieges u.a. als Reaktion auf die Vernichtungsorgien und im Blick auf die stagnierende bzw. absolut und vor allem relativ (im Vergleich zu afrikanischen und asiatischen Populationen) schrumpfende Bevölkerung in Europa durchgesetzt. Der Einsatz dieser Normmacht erfolgt instrumentell (Strafrecht), professionalisiert (Recht, Medizin), hierarchisierend (Sanktionen treffen vor allem die Unterprivilegierten) und ökonomisch (Schutz nach Kapitalverfügung). Global ist der westliche Lebensdogmatismus nicht durchgesetzt worden. Biopolitische Ideologien und Praktiken sind somit im Rahmen der von Plutokratien und Oligarchien gesteuerten Staaten, in denen die Mehrheit der Menschen leben, höchst heterogen, in den meisten Fällen aber auf Ausbeutung menschlichen Lebens im Interesse herrschender Klassen und Gruppen gerichtet, d.h. auf Verstärkung der Ungleichheit von Lebenschancen.

---

[286] Lebenswissenschaften (Life Sciences, Biowissenschaften) sind faktisch nicht so multidisziplinär und multiparadigmatisch, wie es kritische WissenschaftlerInnen wünschen (?). In der *Encyclopedia of Life Sciences* (http://www.els.net/) werden unter „Science and Society" folgende Kategorien angeführt: Bioethics, Biographies, History, Organizations and Places, Philosophy of the Life Sciences. Die sozialwissenschaftliche Reflexion wird nur sehr begrenzt zugelassen.

[287] Die Diskurse und Handlungen der westlichen mächtigen und ohnmächtigen Eliten sind bisher zu wenig auf die Entwicklung einer *transdisziplinären Nachhaltigkeitswissenschaft* zur „Lösung existenzieller Probleme der Weltgesellschaft und des Lebenssystems Erde" (Moll 2008, 51) gerichtet.

[288] Die Ideologie der „Heiligkeit des (menschlichen) Lebens" ist mit dem Zynismus der herrschaftsstabilisierenden Lebensminderung verschwistert.

These 6a: Der scheinbar durch Verfassungen und bizarr gedeutete Menschenrechtsformulierungen gerechtfertigte Lebenszwang und die marktgesteuerte hierarchische Wertung und Verwertung menschlichen Lebens stützen Herrschaft und Kapitalakkumulation des Staats- und Wirtschaftsadels, der Medizin, der Profiteure des Rechtssystems und der organisierten Religion.

Menschliches Leben ist ein komplexes Konstrukt. Die folgende Rekonstruktion zeigt, dass die normale Hochkommunikation (Wissenschaft, Feuilleton, Rechtsvorschriften etc.) mit diesem Begriff reduktionistisch und ideologisch verläuft.

Fokus/ Rahmung	Physisches Leben	Soziales Leben	Psychisches Leben
Individuum	Zentrum des Lebensdogmatismus		
Gruppe, z.B. Familie, Gemeinde			
Soz. Gebilde, z.B. Organisation			
Großkollektive, z.B. Stadt, Land, Staat	Priorität gegenüber Individuum, Gruppe?		
Teil einer transhumanen Lebensgemeinschaft	Priorität gegenüber allen anderen Rahmungen?		

Abb. 5: Rekonstruktion des Begriffs *menschliches Leben*

Oberflächlich betrachtet erscheint die Dimension *psychisches Leben* nur für Individuen geeignet. Man denke jedoch an autoritär gelenkte Großkollektive, z.B. Nationalsozialismus oder Stalinismus, und wird erkennen, dass es zur Differenzierung der Beschreibung beiträgt, wenn man diese Dimension auch auf diese Kategorie anwendet. Wenn man die Begriffe Lebensverlängerung, -verkürzung und –qualität gemäß dieser Rekonstruktion bestimmt und sie zusätzlich als Prozessbegriffe erfasst, dann müssen die derzeitigen für diese Begriffe von Expertengruppen entwickelten Theorien, Messinstrumente und Untersuchungsdesigns rekonstruiert und erneuert werden. Im Lichte dieser Überlegungen werden im Folgenden einige sozialwissenschaftliche Begriffsverwendungen aus dem semantischen Feld Leben beobachtet.

Der Begriff *Lebenszusammenhang* wird nur auf persönliche und familiäre und selten auf ‚lokale' Aspekte bezogen, nie auf Großkollektive oder gar auf globale Beziehungen. Zu armen Menschen und anderen Lebewesen in der Dritten Welt bestehen von Seiten der EU-Menschen scheinbar nur wenige *Lebenszusammenhänge,* sondern primär wirtschaftliche und politische ‚Beziehungen', die man als Ausbeutung (Lebenstransfer) + gelegentliche karitative Hilfe kennzeichnen kann.

Eine Soziologie des Lebens bzw. eine *Lebenssoziologie* ist als anerkannte Subdisziplin nicht auffindbar[289] – eine Soziologie des Sterbens und des Todes bzw. eine Thanatosoziologie dagegen ist zumindest schwach institutionalisiert (Feldmann 2010a).
Es gibt allerdings viele verstreute Elemente für eine Lebenssoziologie. Scott Lash (2005) hat einen Artikel in *Theory, Culture and Society* mit dem in der derzeitigen deutschen und englischen Sprache exotischen Titel „Lebenssoziologie" veröffentlicht, der sich auf Georg Simmel bezieht, wobei der Ausdruck *Lebensphilosophie* angemessener wäre, da es um Kant, Atomismus, Monadologie, a priori, Substanz, Vitalismus, Darwinismus etc. geht.
So waren auch die „lebenssoziologischen" Vorträge am Kongress der DGS 2006 eher der Philosophie als der Soziologie zuzuordnen.

[289] Derartige Aussagen sind problematisch, da hunderte nationale und regionale und andere *Soziologien* existieren, die wahrscheinlich keinen ausreichenden internationalen Beobachtungen oder Metaanalysen unterzogen werden.

Sozialstrukturell geprägt ist der von Ralf Dahrendorf, Rainer Geißler u.a. verwendete Begriff *Lebenschancen*[290]. Dass die vielfältigen Lebenschancen der einen mit den Sterbechancen der anderen verkoppelt sind, ist in der wissenschaftlichen Literatur kein bearbeitenswertes Thema. *Lebensstilforschung* beschäftigte sich bisher hauptsächlich mit Konsum und Freizeit in der westlichen Welt (vgl. Rössel 2009, 303 ff)[291] und nicht mit Sterben und Tod und schon gar nicht mit dem globalen ‚Verbund' der Lebensstile, die januskopfig häufig auch Todesstile sind. Theorien und Typologien der Lebensstile werden für Distinktionshandlungen und zur Marktsegmentierung genutzt. In den Medien werden Lebensstile und Tod stärker verbunden als im wissenschaftlichen Hochdiskurs: lebensgefährliche Lebensstile (rauchen, Alkohol, Drogen etc.).
„Anhand des *Lebenslagenansatzes* lassen sich unterschiedliche Lebensverhältnisse in mehrdimensionaler Perspektive beschreiben“ (Engels 2007, 5). Das Lebenslagekonzept bezieht sich auf Lebens- und Teilhabechancen, Handlungsmöglichkeiten und Spielräume. Engels belegt, dass Ausgrenzung, die immer das Risiko physischen, psychischen und sozialen Sterbens erhöht, parallel auf verschiedenen Dimensionen geschieht, so dass ein Systemansatz sowohl zur Erklärung als auch zur Intervention erforderlich ist. Eine Vernetzung dieser Diskurse mit der Thanatologie hat nicht stattgefunden.

Als typisches Beispiel eines traditionellen abgrenzungsorientierten soziologischen ‚Lebensdiskurses' sei das Lehrbuch von Haller (2006) genannt. Er diskutiert Verhaltensforschung, Humanethologie und Biosoziologie und konzentriert sich auf die Kritik am Biologismus und Naturalismus, ohne auf die derzeitigen Lebensformen und –einschränkungen (Exklusion), Lebenstechnologien oder gar künftige Entwicklungen in diesem Bereich einzugehen.

Im Gegensatz zu der fragmentierten „Lebenssoziologie“ und der verkümmerten *Biosoziologie* (als soziologischer Teildisziplin) hat sich die *Soziobiologie* international gut entwickelt. Auch eine ökologische oder Umweltsoziologie ist entstanden, zuerst im angelsächsischen Raum und mit Verzögerung auch in Deutschland – freilich auch mit biothanatologischer Lücke.
Ein verzweigter Diskurs über Bio- und Thanatopolitik und -soziologie geht von Foucault, Agamben u.a. aus (Lemke 2007; Rose 2007, 56 ff; Lafontaine 2008/ 2010). Er bezieht sich auf die Transformation biologischer und anderer naturwissenschaftlicher Erkenntnisse in verschiedenen Diskursen und Praktiken: Transplantationsmedizin, Fruchtbarkeitstechnologien, ökologisches Management, Gentechnik, Enhancement etc. Knorr-Cetina (2005) sagt eine *Biologisierung der Kultur* (culture of life) voraus, eine zentrale Verschiebung des kulturellen Schwerpunkts von einer Gestaltung der *Gesellschaft* zu einer Gestaltung des *Lebens*[292], gefolgt von einer Entpolitisierung, jedenfalls im bisher geltenden Sinn von Politisierung, und einer *biologischen Individualisierung* (vgl. Lafontaine 2008, 120 ff). Doch diese Spekulationen, die auf einen Ersatz der alten religiösen (Christentum) und säkularen (Aufklärung) Heilserwartungen durch eine neue (Lebenssteigerung, „Postmensch“ etc.) zielen, auch auf eine neue gesellschaftliche Konfliktstruktur (*appropriation of life*) (Lash 2003) anstelle der „alten Ausbeutung des Mehrwerts“ bleiben diffus und theoretisch unentwickelt (vgl. auch Knorr Cetina 2007).

Ökonomisierung und Biologisierung sind so stark verkoppelt, dass die Fortschritte der Lebenswissenschaften und –technologien die ökonomische Weltordnung stärken. Biokapital wurde ursprünglich über die ‚natürliche Evolution' geschaffen und akkumuliert. Inzwischen erweist sich die kulturelle oder anthropogene Evolution als ernsthafter Konkurrent bei der Vernichtung und Schaffung von Biokapital. Für den Kapitalismus und die ‚Weltordnung' wird

---

[290] Der Begriff *Lebenschance* kann als gutes Beispiel für die Einschnürung und herrschaftliche Kastration von Begriffen dienen: Er wird im Deutschen fast nur in höchst eingeschränkter Weise, vor allem konformistisch ökonomisiert, verwendet.
[291] Geißler hat die „kultursoziologische Verengung“ der *Lebensstilforschung* kritisiert (vgl. Pöttker/ Meyer 2004).
[292] Eine kaum prüfbare Aussage, da schon die Frage nach den *Schwerpunkten der abendländischen Kultur* völlig heterogene Expertenurteile liefern würde.

in Zukunft die Herstellung und Verwertung von Biokapital entscheidende Entwicklungschancen bringen.

Diese kurze schlaglichtartige Diskussion zeigt bereits, dass die Thematik differenziert, zerklüftet, segmentiert und mit Sackgassen und Fallen versehen ist.

Eine moderne kritische Sozialwissenschaft des Lebens und Sterbens sollte sich mit Lebensmehrung, -minderung, -qualität, -ideologien, -chancen etc. beschäftigen und versuchen, die bisher ziemlich heterogenen intra- und interdisziplinären Beiträge in Beziehung zu setzen. Die Gestaltung der drei Dimensionen menschlichen Lebens Körper, Psyche (Bewusstsein) und soziale Identität im Rahmen verschiedener sozialer Gebilde, Institutionen und Subsysteme ist für eine kritische Biothanatologie mit folgenden Themen und Bereichen verbunden: Herrschaft, Inklusion, Exklusion, Ausbeutung, Kapitalisierung, Habitus-Feld-Konstellationen etc.

Exkurs: *development theories*

Theorien der Entwicklung von Nationen, Staaten, großen Regionen, Ethnien und Kulturen, also development theories, betreffen zentral die Lebensproblematik und Kultivierung, ohne diese Themen freilich explizit ins Zentrum zu stellen. Stattdessen sind die Hauptgegenstände solcher Theorien: Wirtschaftswachstum, politische Stabilität auf kapitalistischer Basis, Management von Ressourcen, Wohlstand, Modernisierung etc. (Nederveen Pieterse 2010). Lebens- und Gesundheitsindikatoren spielen inzwischen in den Szenarien eine etwas bedeutsamere Rolle, doch ‚Krisen' führen in der Regel zur ‚Regression' auf die ‚bewährten' ökonomischen Theorien und Indikatoren. Eine Alternativbeschreibung sollte auf die physische, psychische und soziale *Lebensentwicklung* von Individuen und Gruppen in Populationen, Territorien, Staaten und Regionen achten, wobei interdisziplinäre Theorien und Untersuchungen wünschenswert sind.

Dass die Lebenssituation von Millionen von Menschen und vieler Populationen im 21. Jahrhundert ziemlich ‚dramatisch' wird, ist anzunehmen. Das Zusammenwirken einer starken Bevölkerungsvermehrung, einer Menschen und andere Lebewesen zu Waren und Anhängseln von Finanztransaktionen verwandelnden Weltökonomie und gravierender Umweltveränderungen neben weiteren Faktoren garantiert die Erhaltung und vielleicht sogar Verstärkung der bereits seit vielen Jahrzehnten andauernden Zerstörung der Lebensgrundlagen von Hunderten Millionen von Menschen. Dass durch ‚gemeinsame Gefahren und Risiken' die Solidarität zwischen den vielen heterogenen menschlichen Gruppen und Populationen ausreichend gestärkt wird, ist kaum zu erwarten, sondern der Kampf um Ressourcen, Macht, Habitus- und Spielformen, Sicherheit etc. wird sich differenzieren und verschärfen.

These 6b: Zwar ist das Bevölkerungswachstum der vergangenen beiden Jahrhunderte ein Zeichen erstaunlicher (partikularer) Lebensvermehrung, doch es ist ‚erkauft' durch eine weltweite (universale) Lebensvernichtung (Arten, Biomasse, Qualität von Ökosystemen, Lebenschancenverluste von Milliarden von Menschen etc.)

These 6c: Die externe Lebensasymmetrie, die durch die kulturelle Evolution des homo sapiens produziert wurde, wird durch eine interne Lebensasymmetrie ergänzt werden, die aufgrund der wissenschaftlich-technologischen Entwicklung zu erwarten ist.

Diese These kann hier nicht ausgeführt werden. Es kann nur ein Schlaglicht für das Verstehen geworfen werden. Die externe Lebensasymmetrie betrifft die qualitative Distanzierung der kulturführenden und kapitalstarken Exemplare des homo sapiens von den übrigen Lebensformen[293]. Interne Lebensasymmetrie bedeutet, dass innerhalb der Menschheit nicht nur eine Pola-

[293] Menschen können Leben in großem Maßstab real und symbolisch vernichten und tun dies auch. Man kann aber auch die Möglichkeit, außerevolutionär Leben zu schaffen, als Asymmetrie bezeichnen.

risierung wie bisher stattfinden wird, sondern eine zunehmende qualitative Abspaltung von Minderheiten ‚neuer Menschen', die über sich steigernde Lebenspotenziale verfügen werden.

Lebensmehrung[294]

Der ungleichheitsverstärkende Zusammenhang zwischen Lebensmehrung und Lebensminderung kann an einem einfachen Beispiel verdeutlicht werden: Wenn eine wohlhabende Person eine Niere transplantiert erhält, die einer armen Person für relativ geringe Bezahlung entnommen wurde, dann entspricht dieser Transfer dem Matthäusprinzip, das nach wie vor in der menschlichen Interaktion dominant ist. Dieser Lebenstransfer von Arm zu Wohlhabend findet in der Tendenz wahrscheinlich auch unter den streng kontrollierten Bedingungen in der EU statt. Jedenfalls sollte die These geprüft werden, ob ein Statusgefälle zwischen den Toten, denen Organe entnommen und den Lebenden, denen Organe gegeben werden, besteht.

Leben ist ein dynamisches Geschehen: Mehrung und Minderung sind notwendig verschränkt. Hoher Geburtenüberschuss und ‚youth bulge' führen häufig zu Gewalt und Krieg (Heinsohn 2003) und zu Umweltzerstörung. Elementarer: Auf jeder Ebene des Lebens finden ständig Selektion und Variation statt, d.h. Lebensteile entstehen und vergehen. Dieses Geschehen wird bereichsspezifisch explizit und implizit, beabsichtigt und unbeabsichtigt (mit)gelenkt, wobei Risiken, Vorhersagen und Erwartungen sich in von Macht und Interessen bestimmten Feldern des Wissens und Nicht-Wissens entwickeln. Institutionen, Moral/ Ethik, Recht und andere normative Schemata, Skripte, Mythen und Diskurse werden herrschaftsorientiert genutzt, um „Ordnung“ in Teilbereiche dieses Geschehens zu bringen und um Zonen des legitimen Wissens und des Nicht-Wissens zu schaffen.

Allgemein zugängliche Informationen bezüglich der Mehrung menschlichen Lebens betreffen das Bevölkerungswachstum, Vermögen und Einkommen, weniger das soziale, kulturelle und symbolische Kapital. Das physische und psychische Kapital gehört meist der Privatsphäre an, Ausnahmen stellen z.B. Doping-Kontrollen oder psychiatrische Gutachten von Straftätern dar. In Zukunft wird aufgrund weiterer Forschung und Technologieentwicklung das (hochwertige) Biokapital[295] bedeutsamer werden, dessen Ungleichverteilung weltweit voranschreitet.[296]

Individuelle, gruppenspezifische, nationale oder globale mehrperspektivische Lebensmehrungsbilanzen erfordern hohen Aufwand[297]. Es handelt sich nicht nur um methodologische und methodische Probleme, sondern um brisante Herrschaftsgebiete.[298] Doch es wird schwierig sein, die folgenden vier Hypothesen zu falsifizieren:

1. Die bisher in vielen Regionen und Kulturen dominante Mehrung menschlichen Lebens führt zunehmend zu einer Gefährdung von Ökosystemen und ‚Lebensräumen‘ und zu einer Verstärkung unerwünschter Formen der Lebensminderung.[299]

---

[294] Der Ausdruck „Lebensmehrung“ wird hauptsächlich in religionsbezogenen und spirituellen Schriften verwendet. Durch seine säkulare sozialwissenschaftliche Verwendung können die Begriffe „Lebensverlängerung“ und „Lebensqualität“ verbunden werden, die zwar quantitativ und qualitativ differenzieren, jedoch dadurch auch die problematische Trennung zwischen quantitativ und qualitativ als selbstverständlich und nicht diskussionswürdig setzen. In der Gesundheitsökonomie gibt es ähnliche allerdings auf Gesundheit eingeschränkte Konzepte, z.B. QALY, Qualitätskorrigierte Lebensjahre (Quality adjusted Life Years).

[295] Das ‚normale' ‚natürliche' Biokapital wird der Inflation erliegen, so wie das ‚normale' soziale oder kulturelle Kapital. Wertsteigerung wird dagegen das Biokapital erleben, das durch Genforschung und Biotechnologie hergestellt wird, bzw. dessen Wert durch Marktmanipulation, Werbung, Bildung und andere Faktoren gesteigert wird.

[296] Der Begriff *Biokapital* wird seit einigen Jahren verwendet (vgl. Rajan 2006; Styhre 2009), doch weitere Forschungen sind notwendig, bevor brauchbare Theorien erstellt und geprüft werden können. Somit ist die oben formulierte Hypothese als Denkanregung zu verwenden.

[297] Der *Human Development Report* (2010) kann als solche Bilanz gelesen warden, wobei die Operationalisierung, Auswahl, Gewichtung und Messung der Indikatoren noch kritisch geprüft werden müsste.

[298] Beispiele: Menschen-, Organ- und Waffenhandel.

[299] Globale Lebenssysteme sind komplex, nicht-linear und multiperspektisch diskursiv besetzt, somit sind sich universalistisch und/oder dogmatisch gerierende religiöse und andere traditionelle Ethiken, Normierungen und Logiken für ihre humanwissenschaftliche Bewertung und Steuerung nicht geeignet.

2. In den von den meisten Menschen für besonders wichtig gehaltenen Teilbereichen der Lebensmehrung nehmen relevante soziale Unterschiede seit Jahrzehnten zu – und zwar auf gruppenbezogenen, nationalen und globalen Ebenen.
3. Immer mehr Lebensmehrungsbereiche entstehen bzw. entwickeln sich, von denen die Mehrheit der Menschen strukturell ausgeschlossen wird.[300]
4. Die dominanten Formen der Politisierung, Ökonomisierung, Individualisierung und der hochkulturelle kleinfamilienzentrierte Mittelschichthabitus, der in den Politik-, Rechts-, Bildungs- und Sozialsystemen der reichen Länder tradiert und gestützt wird, sind immer weniger geeignet, eine *nachhaltig brauchbare Kultivierung* der Lebensmehrung zu garantieren.

These 6d: Politik ist immer auch Lebenspolitik[301]. Einzelstaatliche Lebenspolitik hat immer globale Konsequenzen.[302]

Wenn man traditionelle Vergleiche und Erzählungen der Lebensmehrung bzw. der Lebenskapitalisierung betrachtet, was hier nur verkürzt geschehen kann, dann stößt man auf das Thema *Reproduktionsgewinne*. Immer wieder wurde in Kulturen von bedeutsamen Männern berichtet, dass sie überdurchschnittlich viele Kinder gezeugt und ins reproduktionsfähige Alter gebracht haben. Doch inzwischen gelten in den führenden Gruppen die ökonomischen und kulturell verwertbaren Reproduktionsgewinne als bedeutsamer: Vermögen, Werke, Meme, nachhaltige Verankerung in hochbewerteten Erinnerungsarchiven und –bewahranstalten, Luxusevents etc.[303] In einer Konsumgesellschaft wird die Lebensmehrung der Mehrzahl der Menschen an der Quantität und Qualität der Konsumakte gemessen. Damit ergibt sich freilich aus der Sicht einzelner Menschen als Basis die physische Lebenslänge, da kein Abschluss des Konsums und der Kapitalakkumulation in einer Wachstumsgesellschaft sinnvoll erscheint. Allerdings ist der Konsum mit einer hedonistischen Haltung verbunden und diese stellt bei sich verschlechternder Lebensqualität ein Hindernis dar, einer Verlängerung des physischen Lebens zuzustimmen. Die Herstellung von guter subjektiver Lebensqualität, Genussbeschleunigung und Gier der Zahlungskräftigen ist somit ein ökonomischer Wachstumsbereich.

Ein Überblick über die *Lebensstrategien*[304] (Maximierung, Minimierung, Optimierung etc.) auf den Ebenen Individuum, Mikro-, Meso- und Makrosystem wird derzeit kaum zu erhalten sein. Komplexität und Unübersichtlichkeit ergeben sich aufgrund der gesellschaftlichen Differenzierung und Spezialisierung, die alle Bereiche, auch die Wissenschaft, erfasst haben, ohne dass die Organisationsformen und die Bildung der Menschen damit Schritt gehalten haben.
Jedenfalls lässt sich – wenn überhaupt – in einer modernen Gesellschaft nur ein ‚mehrheitlicher' – in der so genannten ‚Weltgesellschaft' nur ein brüchiger und oligarchischer – *Minimalkonsens* bezüglich der nationalen und wahrscheinlich keiner bezüglich der globalen Steuerung der Lebensmehrung und –minderung feststellen.[305] Dieser mangelhafte bzw. simulierte Minimalkonsens wird jedoch möglichst diffus, implizit und im Dunkeln gelassen, bzw. ethisch-rechtlich-politisch medialisiert in einen *stereotypen Normalkonsens transformiert*. Zu

[300] Durch den medizinisch-technischen Fortschritt verstärkt sich die Exklusion: Beispiel Organtransplantation.
[301] Der Begriff *Lebenspolitik* wird in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Kommunikation allzu eingeschränkt ver(sch)wendet, ein Zeichen unter vielen für mangelhafte Reflexion, Professionalisierung und Wissenschaftsentwicklung.
[302] Die über die Staatsgrenzen hinausgehenden ökonomischen Konsequenzen politischer Entscheidungen werden detailliert und wissenschaftlich elaboriert erfasst, die Lebenskonsequenzen vernachlässigt.
[303] Variations- oder Gegenthese: Nach wie vor ist die genetische und verwandtschaftliche Reproduktion zentral auch für die oberen Schichten: wenige Kinder, doch alle werden kapitalmäßig gut ausgestattet und somit entstehen über Generationen inzwischen internationale Clans, die ökonomisch und politisch privilegiert Kapital akkumulieren und deren Herrschaft kaum mehr gebrochen werden kann.
[304] Der Begriff „Lebensstrategie" wird hauptsächlich in Ratgebern und in der Biologie verwendet. Im sozialwissenschaftlichen Bereich ist er selten zu finden, z.B. bei Zygmunt Bauman, allerdings ohne präzise wissenschaftliche Bearbeitung.
[305] Wenn man die ‚Weltgesellschaft' betrachtet, dann ist sie zerklüftet, in Klassen und Felder geteilt, für die es bisher keine brauchbaren Klassen- und Feldtheorien gibt, d.h. es gibt nur wissenschaftliches Stottern, Stochern und viele Festreden über dieses überfordernde ‚Monster'.

Wort kommen in der Öffentlichkeit und vor allem in Entscheidungsgremien hauptsächlich Sprecher von einflussreichen Institutionen und Organisationen, welche Diskurse regeln und Machtentscheidungen legitimieren.

> Beispiel: Die Unterstützung einer erfolgreichen Geburtenkontrolle und Empfängnisverhütung in den armen Ländern wird von den reichen Staaten seit Jahrzehnten halbherzig betrieben, da die politischen Eliten innenpolitisch auf reaktionäre Organisationen Rücksicht nehmen[306]. Da ein wachsender Anteil der Bevölkerung dieser reichen Staaten jedoch inzwischen ausreichend gebildet ist, um das skandalöse Verhalten ihrer Regierungen entsprechend bewerten zu können, wird dieses möglichst verschleiert[307].

Maximierung der Lebenslänge der Privilegierten als gesellschaftliches und individuelles Ziel

These 7a: Lebensverlängerung ist das zentrale individuelle und medizinische Ziel, das mit zunehmendem Alter und Krankheit an Bedeutung gewinnt. Somit bestehen starke Widerstände, es in der ‚letzten Phase' aufzugeben, da gerade dann gravierende Orientierungslosigkeit droht. Diese psycho-organisatorische Notlage begünstigt die Sterbeverlängerung[308], die in der Regel erfolgreich als Lebensverlängerung verkauft wird.

Diese gesellschaftliche Priorisierung der individuellen Lebensverlängerung ist ein Produkt einer speziellen kulturellen Entwicklung. Sie wird zwar heute als selbstverständlich, naturalisiert, ethisiert und universalisiert zu einer globalen säkular-sakralen Institution stilisiert, doch die kulturell und evolutionär partikulare Grundlage erschließt sich bei inter- und transdisziplinärer Betrachtung und Reflexion. Auf diese Grundlagen wird hier verkürzt Bezug genommen.

Landnahme und Landraub[309], Beschleunigung[310] und Aktivierung sind vielleicht anthropologische Konstanten, deren biologisches Zentrum in den ‚Mechanismen des Lebens' und in der Gehirnentwicklung des homo sapiens liegt und die dann durch die kulturelle Evolution strukturell differenziert und herrschaftlich verfestigt wurden. Ihre triumphale und global lebensgefährdende Realisierung haben sie in der Kombination von Bevölkerungs-, Wirtschafts- und Technologiewachstum gefunden (vgl. Dörre/ Lessenich/ Rosa 2009).

> „Die Wachstumsreligion ist mit allen Merkmalen des Sakralen ausgestattet – mit Priestern, Ritualen, Geboten, Verboten, Sünden und Strafen" (Leggewie/ Welzer 2009, 112).

„Lebensverlängerung im medikalisierten Sinne[311] ist durch eine sich seit zwei bis drei Jahrhunderten entwickelnde Modernisierung und in ihrem Gefolge durch permanente medizinische Interventionen und die schon für Kleinkinder anerkannte Standardrolle Patient inzwischen selbstverständliche allgemeine Norm und Erwartung in den reichen Staaten und Gruppen geworden. Dadurch wurde ein Macht- und Ideologiebereich geschaffen, welcher der staatlichen und medizinischen Verwaltung unterliegt, jedoch immer mehr ökonomisch, d.h. von einer reduktionistischen Profitlogik und der mit ihr verbundenen Professionalisierung gesteuert wird" (Feldmann 2012a, 39). Im Gefolge des sozialen Wandels hat in den meisten Regionen die durchschnittliche Lebenserwartung im 20. Jahrhundert und auch im vergangenen Jahrzehnt

---

[306] Vgl. Euromapping 2007.

[307] Eine Form der durch Sozialisation erworbenen Wissensverschleierung ist die ritualisierte Einnahme von Wissensmüll durch Alltagskommunikation, Nachrichten, aktuelle Berichte, Sport- und Kultursendungen, eine säkular-sakrale hedonistische Untertanenmoral und eine Fetischisierung der eigenen fremdgesteuerten mentalen Strukturen.

[308] "The dilemma of the prolonged dying phase has not been comprehensively defined in the literature …" (Sinclair 2012, 395). Die Bestimmung der Verlängerung des Sterbens ist von der herrschaftlich gerahmten Definition von Sterben abhängig.

[309] ‚Land' umfasst inzwischen nicht nur physische sondern auch psychische, soziale, kulturelle und virtuelle Territorien. Aber der Ausdruck ist auch handfest gemeint: Landraub, den reiche Staaten und Gruppen in zunehmendem Maße auf Kosten der Armen betreiben (http://www.grain.org/landgrab/; http://www.zeit-fragen.ch/index.php?id=3270)

[310] Beschleunigung und Vermehrung der Lebensereignisse der Privilegierten wird allerdings auch durch Verlangsamung des Altersprozesses angestrebt, die freilich wieder nur durch Landnahme, Beschleunigung und Aktivierung zum Erfolg geführt werden kann (vgl. die Beschleunigungstheorie von Rosa 2005).

[311] Vgl. zur Medizingeschichte der Lebensverlängerung Geiger (2010).

zugenommen – allerdings in höchst ungleicher Weise. Freilich sollte man vorsichtig sein, diesen Trend auch für das 21. Jahrhundert einfach als selbstverständlich anzusetzen. Außerdem wird die Lebensverlängerung durch medizinische Leistungen von den Patienten überschätzt. Ein beachtlicher Teil der medizinischen Leistungen führt weder zu Lebensverlängerung noch zu Lebensqualitätsverbesserung.[312]

Ein möglichst langes Leben anzustreben, bedeutet in der Regel: Akzeptanz der Akkumulation von sozialem und ökonomischem Kapital, d.h. ein zumindest implizites Ziel der meisten Menschen ist, möglichst viel im Leben zu ge- und verbrauchen[313]. Lebenslänge und –qualität sind zu globalen Handels- und Kampfgütern geworden, während sie dies früher nur für kleine Oberschichtgruppen waren. Gesundheits- und Bildungssysteme, die Lebensverlängerung verheißen, haben sich inzwischen zu politischen und ökonomischen Konkurrenten des Militärs entwickelt. „Zusätzlich erfolgt noch eine multidimensionale Lebensbeschleunigung, d.h. die konsumierbaren Erlebnisse pro Zeiteinheit werden vervielfältigt bzw. Illusion und Bewerbung der impliziten Alltagstheorie des unbegrenzten Lebensqualitätswachstums werden gestärkt – wobei krasse Ungleichheit in der Nutzung der Beschleunigungstechnologien besteht. Wie Rohstoffe, vor allem Erdöl, nur mehr mit hohem Aufwand, d.h. auch mit zunehmender Lebensvernichtung, gewonnen und konsumiert werden, so wird auch zusätzliche Lebenszeit und Lebensqualität der Privilegierten mit immer höherem Aufwand, d.h. mit zunehmender Vernichtung nicht-privilegierten Lebens, gewonnen und konsumiert“ (Feldmann 2012a, 39).[314]

Irrational focuses on short-term profits[315]

Der Herrschaft legitimierende und sakralisierende hohe Aufwand, um ein Leben mit geringer Lebensqualität zu verlängern, der für die Minderheit der reichen Menschen betrieben wird, ‚korrespondiert' mit der Perversion der Finanzmärkte, der pathologischen Fixierung auf schnelles Wirtschaftswachstum und der expertenkontrollierten, hochkulturellen, distinktiv-standesorientierten, ethisierten und ästhetisierten Menschen- und Lebensstilisierung.

Die Hauptstoßrichtung der Medizin *Kampf gegen den frühzeitigen Tod* der ‚Kapitalisten'[316] hat sich nicht verändert. Allerdings hat sich die Zeitbestimmung *frühzeitig* gewandelt. Inzwischen gilt schon Sterben vor dem 80. Lebensjahr in den besseren Kreisen der reichen Staaten als frühzeitig. Auch sozio-semantisch wird das Leben verlängert, in das „vierte Alter“ (fourth age, oldest old)[317], das durch Multimorbidität, Fremdbestimmung, Depersonalisierung, soziales und psychisches Sterben, „falling from culture“ und „passing beyond the social world“ (Higgs/ Jones 2009, 95) gekennzeichnet wird – eine lukrative und Professionen generierende Phase des Lebens.

Dass der individuelle Wunsch nach Lebensverlängerung um jeden Preis egoistisch, irrational, Zeichen psychischer Krankheit, pervers etc. sein kann, was häufig den Personen unterstellt wird, die einen Wunsch nach Lebensverkürzung äußern, wird von den zuständigen ‚Expertengruppen' dem bereit liegenden schwarzen Loch des Nicht- und Unwissens überantwortet.

[312] Diese Aussage trifft z.B. für viele Vorsorgeuntersuchungen und darauf folgende Behandlungen zu. „Eine screeningbedingte Veränderung der Gesamtmortalität wurde nicht beobachtet“ (Schaefer/ Dubben/ Weißbach 2011, 233).

[313] Allerdings kann eine perspektivische ökonomische Abwägung auch gegen die Lebensverlängerung sprechen, wenn das Kapital der Familie oder der Bezugspersonen durch medizinische und pflegerische Versorgung eines Miglieds verringert wird.

[314] Hierbei handelt es sich um ein gut gehütetes Geheimnis, d.h. der Autor wäre dankbar, wenn ihm LeserInnen gute Untersuchungen zu dieser These nennen könnten.

[315] Vgl. Diamond 2011, 39.

[316] Der Begriff *Kapitalisten* ist hier schlicht zu verstehen, d.h. es sind diejenigen gemeint, die akkumulieren und *zahlen* können. Dies können auch *Arme* sein, wenn z.B. der Staat für sie zahlt. Für naive Bürger reicher Staaten sind dann *alle* Kapitalisten, doch faktisch ist es nur eine Minderheit der Menschen, bzw. genauer der ‚Menschenlebenseinheiten', auf dieser Welt. In das medizinische Hochziel, d.h. Lebensverlängerung, die das schwer operationalisierbare Ziel Gesundheit immer mehr in den Hintergrund drängt, ist somit eine Hierarchisierung eingebaut: Je mehr Kapital, umso mehr Leben.

[317] Robertson-von-Trotha (2008, 10) spricht vom „4. Lebensalter ab 80 oder 85 Jahren“.

> "In his book about the last illness and death of his mother, Susan Sontag, David Rieff described her ruthless desperation to remain alive and her willingness to undergo any treatment to this end, however small the chances of success. He asked why none of her doctors had the courage or humanity to stop her causing herself such dreadful futile suffering" (Heath 2012).

Lafontaine (2008) und andere AutorInnen nennen die permanente Lebensverlängerung als Ziel eines mit hohem Kapitalaufwand betriebenen Projekts der Biologisierung und Ökonomisierung – eine säkularisierte Version alter religiöser Konzeptionen der Gewinnung von Unsterblichkeit (vgl. Keith 2009; Turner 2009; Hülswitt/ Brinzanik 2010). Gegen dieses *Projekt* gibt es viele Einwände[318], ein bedeutsamer Schattenaspekt sei genannt: „Die überwältigende Mehrheit der ‚neuen Fellachen' wird im Sinne eines strukturellen Rassismus von gentechnologischen oder medizinischen Optimierungsstrategien gar nicht erfasst werden" (Macho 2004, 276)[319]. Somit ist das von politischen, rechtlichen, medizinischen und religiösen Eliten errichtete Lebenswert- und Lebensschutzgebot *ambivalent*: Es dient in der Regel unbeabsichtigt der Rechtfertigung und Sakralisierung der Lebensverlängerung der Privilegierten auf Kosten des *wert- und vermögenslosen* Teils der Menschheit. Der Ausbau der medizinischen Systeme in der westlichen Welt ‚korrespondiert' mit dem Lebens- und Landraub in den armen Ländern.

Eine zentrale funktionalistische Frage lautet: *Welche Funktionen haben das begrenzte Leben und der ‚rechtzeitige Tod'*[320] *für die Gesellschaft bzw. für Staaten und andere Großkollektive?* Sowohl eine zu starke Steigerung der durchschnittlichen Lebensdauer als auch ein größere Gruppen betreffendes frühzeitiges Sterben, z.B. durch AIDS in manchen afrikanischen Ländern, kann zu sozialen und politischen Störungen führen, also dysfunktional sein. Eine solche Aussage setzt freilich immer Standards, Gleichgewichtsannahmen oder ähnliche Zustandsbeschreibungen voraus.
In allen Kulturen waren Lebensmehrung und -optimierung in die impliziten und expliziten Topziele eingeflochten. Mir ist allerdings keine Kultur bekannt, in der Lebenslänge generell, also z.B. gemessen durch Durchschnittslebenslänge von Kohorten des Kollektivs, als höchster Wert gesetzt wurde. Auch in der christlichen Leitideologie der abendländischen oder westlichen Kultur war Lebenslänge keineswegs einer der obersten Werte; die neue Garde der christlichen Funktionäre hat sich jedoch aus Machtgründen der Verehrung der Lebensquantität hingegeben.

Heute werden zwar die jeweils den herrschenden Verhältnissen angepassten christlichen Werte und Praktiken noch immer beschworen, doch die vielfältigen Märkte des Lebens und des Sterbens werden von Kapitalakkumulation[321] und Ökonomisierung bestimmt. Der einzelne wird an seinen sozial anerkannten Erfolgen gemessen und misst sich selbst daran. Der *modern dream*, der terminale Erfolg, in reichen Staaten auch dem ökonomischen loser verheißen, allerdings zweit- oder drittklassig, ist die ressourcenverschlingende krude Lebensmaximierung: „Wollt ihr das totale Leben (und Sterben)?"

Gehring (2006) schlägt eine andere Interpretationsrichtung ein, die zumindest implizit zum Schutz der Lebensverlängerungsideologien und –praktiken vor Kritik dient. Sie weist auf die Verbindung von Kollektiv- und Individualmoral hin und meint, dass zwischen der radikalisierten Autonomieforderung beim Sterben, letztlich als Akzeptanz aktiver Sterbehilfe und der

---

[318] „Nach Verbeek würde sich eine erfolgreiche zu starke Lebensverlängerung für „Auserwählte" als zerstörerisch für Zivilisation und Gesellschaft erweisen" (Feldmann 2012a, 40).
[319] Wingert (2010) schreibt über die „Abspaltung der ganz Starken", von einer „Absonderung der Leistungsträger nach Art der geschlossenen Wohnviertel, nur im größeren Maßstab". Dieser „größere Maßstab" könnte durch eine Bio-Optimierung dauerhaft verankert werden.
[320] Der ‚rechtzeitige Tod' im funktionalistischen Sinne betrifft Durchschnittswerte und in der Regel nicht den Einzelfall. Folglich könnten Minderheitsgruppen frühzeitig ihr Leben beenden, ohne dass dies dysfunktional wäre. Dass eine Kultivierung des ‚rechtzeitigen Todes' in der modernen Gesellschaft mangelhaft bis gar nicht entwickelt wurde, lässt sich an den Googletreffern zu ‚rechtzeitiger Tod' und ‚rechtzeitiges Sterben' trefflich erkennen.
[321] Gemeint ist ein umfassender Kapitalbegriff, d.h. er betrifft alle Wirklichkeitsbereiche, in denen Akkumulation möglich ist.

Beihilfe zum Suizid manifestiert, und gezielter Tötung von Gruppen innerhalb des Kollektivs, krasses Beispiel: NS-Euthanasieverbrechen, nach wie vor ein untergründiger Zusammenhang besteht. Doch besteht nicht ein stärkerer historischer und vor allem gegenwärtiger (!) gesellschaftlicher Zusammenhang zwischen dem inkorporierten und eingeseelten Zwang zur Expansion des eigenen und des nationalen Lebens unter rekollektivierenden Bedingungen[322] (Verstärkung der *Inklusion* durch Opferrituale[323]) und der gesellschaftlich verordneten Ignoranz gegenüber dem mitproduzierten massenhaften elenden Sterben außerhalb der eigenen *heilen Welt* und damit der wissensschwachen Akzeptanz der strukturellen Herrschaft und Gewalt (Verstärkung der *Exklusion*)?[324] In dieser historischen und sozialwissenschaftlichen Perspektive ergeben sich andere Interpretationen der Euthanasie- und Lebensschutzstellungnahmen.

Die hohe Priorität von Lebensquantität trifft in vielen hochentwickelten Staaten mit einer Geburtenrate zusammen, die nicht mehr für die Erhaltung der derzeitigen Quantität der Kollektive ausreicht. Ist der verbissene Kampf um die Lebenslänge ein kontraproduktives *symbolisches Kompensationsphänomen*? Es handelt sich auch um die erste Kultur, die über ein sich steigerndes (!) Vernichtungspotenzial, das die gesamte Menschheit betrifft, verfügt.[325] Wie diese kulturellen Errungenschaften *zusammenhängen*, bleibt bisher der Spekulation überlassen.

Der offizielle Masterdiskurs der Moderne verherrlicht also Lebensverlängerung, wobei die im Alltagsbewusstsein verblassten Ideen des ‚natürlichen Sterbens' und des ‚gottgewollten Sterbens' nach wie vor als Legitimation zur Verfügung stehen. Um Alternativen zur Verherrlichung der Lebenslänge zu diskreditieren, werden die Keulen- und Kampfwörter *Euthanasie*[326] und *Töten*[327] und die sorgsam gepflegte Herrschaftssemantik und -pragmatik eingesetzt, doch wirksamer ist die Lebensdoxa-Produktion der Medizin- und Mediensysteme.
Wenn man die Angelegenheit nüchtern betrachtet, dann erkennt man, dass folgende These schwer zu widerlegen ist:
These 7*b: Durch eine verfehlte Wirtschafts-, Steuer-, Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Entwicklungspolitik in den vergangenen 30 Jahren sind Lebensjahre und Lebensqualität in so großem Maße verloren gegangen*[328]*, dass eine weltweite Zulassung der aktiven Sterbehilfe Marke NL dagegen nur unwesentliche Veränderungen erbracht hätte.*[329]

Überlegungen und Berechnungen folgender Art sind aufgrund der derzeitigen Rechts- und Agendalage nicht opportun:

- 1 Täter (der Unterschicht) 1 Opfer (Unterschicht) 20 Lebensjahre genommen,
- 100 Täter (der Mittel- und Oberschicht) 10000 Opfer (Unterschicht) 10000 Lebensjahre genommen, folglich pro Täter 100 Lebensjahre genommen,
- Nun könnte man vielleicht noch einbeziehen, wie viele Lebensjahre die jeweiligen Täter anderen „gegeben" haben.

---

[322] In nationalistischen Staaten wurden früher die jungen Männer kollektiv thanatologisch indoktriniert: Heldentod (Explizite Funktion: Erhaltung des kollektiven Lebens; implizite Funktion: Reduktion des innenherrschaftlich gefährlichen Revolutionspotenzials). Heute werden beide Geschlechter staatlich-medizinisch am Lebensende (re)kollektiviert: natürlicher Tod.
[323] In Anstalten werden Schwerkranke und Sterbende medikalisiert, medizinisch-technisch und pflegerisch her- und abgerichtet und diszipliniert, bis sie, jedenfalls die meisten, die erwünschte fatalistische Ergebenheit und Demut zeigen.
[324] Die Steigerung der Lebensquantität zum Topwert zu erklären ist notwendig (?) verbunden mit der Hinnahme zunehmender sozialer Ungleichheit und Vernachlässigung der Lebensqualität des untersten Viertels der Menschheit.
[325] Zeigt sich in dieser Vernichtungspotenzialpflege nicht ein Fundamentalismus oder Kollektivwahn, der die in den vergangenen Jahren tätigen Terroristen und ihre Hintermänner zu „peanuts" degradiert?
[326] Sehr kurze Geschichte des Begriffs Euthanasie: zuerst jahrhundertelang ein positiver Begriff, dann seit dem Ende des 19. Jahrhunderts immer mehr ein Kampfbegriff, im Nationalsozialismus ‚Wolf im Schafspelz', nach dem Krieg wurde dem Wolf der Schafspelz heruntergerissen und der Begriff wird von bestimmten Gruppen als ‚wölfisch' gepflegt und verkauft.
[327] Bei der Diskussion über aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid werden die NS-Mordmaschine und das diffus-imaginäre bzw. mystische ‚Tötungsverbot' beschworen.
[328] „Lebensjahre rauben" wird selten verwendet und in wissenschaftlicher Literatur rauben nur Krankheiten nicht Menschen oder Organisationen Lebensjahre.
[329] Eine durch staatliche Maßnahmen bewirkbare Verringerung der Einkommensungleichheit würde bedeutsame Verbesserungen der Lebensqualität und Lebensverlängerung erbringen (Wilkinson/ Pickett 2008; Hoffmann 2008). Im deutschen Sprachraum wird auf diese Problematik bezogene exzellente Forschung und curricular gestützte Lehre nicht durchgeführt.

Da solche Berechnungen und Schätzungen mit der antiquierten Rechtsordnung und der durch Familie, Bildung, Religion und Konsum einverleibten *Infantilmoral* unverträglich und politisch unerwünscht sind, geraten sie nicht ins Licht der Öffentlichkeit und ihre wissenschaftliche Differenzierung wird nicht gefördert. Lebens- und Todesforscher sollten Verantwortliche für internationale Vereinbarungen wie TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) (vgl. Pogge 2009), Spitzenmanager und Vorstandsmitglieder von Banken, der Tabak-, Asbest- und Rüstungsindustrie und deren Verbündete in den politischen Parteien (vgl. Michaels 2008; Roselli 2007) in ihren Entdeckungszusammenhang einbeziehen.

Ein weiterer *peinlicher* Aspekt, der in öffentlichen Diskursen meist ausgespart wird, betrifft die hohen Kosten der den angepassten Individuen auf Massenbasis garantierten hohen Lebenserwartung in den reichen Staaten.[330] Die u.a. durch Ideologien und Strukturen der medizinischen und sozialen Dienstleistungssysteme geförderte Hochschätzung der Länge des (gestaffelten) Lebens als quasinatürlicher Kern einer Weltanschauung der Kapitalakkumulation muss – vor allem von Ökosystemen, Milliarden von Unterprivilegierten und wahrscheinlich von künftigen Generationen – teuer, d.h. mit *Verlusten von Lebenschancen*, bezahlt werden.[331] In den Diskussionen um Lebensverlängerung und *natürliches Sterben* werden die nicht-intendierten Nebeneffekte und die externen Kosten für außenstehende Gruppen und Lebenssysteme völlig vernachlässigt, ja ihre Erforschung wird aktiv verhindert[332].

Die Steuerung von Leben und Tod und die Streuung der Lebenserwartung wird aufgrund der globalen Polarisierung der Ausstattung mit ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital (vgl. Neilson 2012, 62) in den kommenden Jahrzehnten (und Jahrhunderten) in neuen Formen auftreten[333]. Bisher leben die FührerInnen und die Plutokraten im günstigen Fall erst zwei- bis dreimal so lange als diejenigen, die sie ausbeuten bzw. die für sie arbeiten. Doch ihre Einkommen sind zwanzig- bis dreitausendmal größer. Dies ist eine Inkonsistenz, an deren Verringerung exzellente Wissenschaftler arbeiten.[334]

Hier kann die groteske Argumentation des Biowissenschaftlers und Unsterblichkeitsgurus Aubrey de Grey (2004, 166) eingefügt werden:

> „… the popular view that saving lives of children in Africa (for example) is more important than curing aging constitutes discrimination in favor of those whose remaining lives will be very short unless we help them but fairly short even if we do, and against those who will probably live a few decades anyway but could live many centuries if we act now …"

Die Argumente sind wissenschaftlich nicht haltbar, da die vorhergesagte Lebensverlängerung (a few decades) auf absehbare Zeit extrem unwahrscheinlich ist und außerdem nur ein geringer Teil der Mittel, die für *curing ages* ausgegeben werden, in hochwertige Forschung fließen, der weitaus größte Teil Wirtschaftsinteressen und profitgenerierten Illusionen Privilegierter dient. Ziemlich gewiss ist, dass gegenwärtiges und absehbares künftiges Leben von sehr vielen Menschen durch Umverteilung und Humanisierung verbessert werden könnte, ohne das derzeit erreichte Durchschnittsalter der obersten Milliarde und die in Zukunft wahrscheinlich erreichbaren Lebenschancen zu verschlechtern. De Grey spricht im Interesse seiner *Methuselah Foundation* und von ökonomisch Hochkapitalisierten und verschleiert seine ideologische Position geschickt durch eine Mischung von Molekularbiologie und Pseudowissenschaft (vgl. zur Kritik Turner 2009, 125 ff und Keith 2009).

---

[330] Ein Teil der teuren medizinischen Dienstleistungen dient allerdings nur scheinbar diesem Zweck.

[331] Ein peripheres aber eindringliches Beispiel: Der globale Handel mit menschlichen Körperteilen (vgl. Scheper-Hughes 2009).

[332] Dies trifft teilweise auch auf Expertendiskussionen zu. In dem Sammelband „Länger leben?" (Knell/ Weber 2009) wird die Problematik zwar biologisch und philosophisch sehr differenziert diskutiert, bleibt jedoch soziologisch und (kritisch) thanatologisch unterbelichtet.

[333] Vgl. für die USA: http://www.worldproutassembly.org/archives/2008/03/social_inequali_2.html

[334] „Die Reichen sind zurzeit noch eine Klasse und keine Spezies, aber sie könnten es werden, wenn man nicht aufpasst" (Sloterdijk 2009b).

Hülswitt, T./ Brinzanik, R. 2010. Werden wir ewig leben? Gespräche über die Zukunft von Mensch und Technologie. Berlin, Suhrkamp.

Schon das kleine Wörtchen „wir“ ist verräterisch und kann als Indikator für die ‚Tatsache’ gelten, dass es sich um unreflektierte Kommunikation intelligenter und exzellenter Fachleute handelt.
„Meine Sicht aber ist es, dass das Universum innerhalb einer recht kurzen Zeitspanne von Intelligenz durchdrungen wird und wir[335] eine intelligente Entscheidung treffen werden, so dass das Schicksal des Universums nicht diesen bewusstlosen Kräften obliegt.“ (ebd., 26)
„Ich vermute, dass ich bei einer Lebenserwartung von 400 Jahren irgendwann Selbstmord begehen würde.“ (ebd., 99)
„… da ich nicht besessen bin von dem Gedanken, länger zu leben, als meine Biologie es zulässt.“ (ebd., 136)
„Es wird natürlich auch immer voller, wenn die Alten nicht mehr gehen, es kommen ja immer mehr Neue dazu. Ich weiß nicht, ob die Lebensqualität dann erhalten bleiben kann, wie sie ist.“ (ebd., 156)
„Die Bevölkerungszahl wird also vorerst weiter steigen, und das wird Probleme mit sich bringen. Keine Frage. Aber dann wird sie zurückgehen.“ (ebd., 222)

Allerdings gibt es in diesem Interviewband auch differenzierte kritische Stellungnahmen (z.B. 194, 199, 200 ff).

Eine harte und fundierte Kritik an der vielfältig institutionalisierten Verherrlichung und Legitimierung der Lebensmehrung der Privilegierten wird von westlichen Wissenschaftlern und Intellektuellen als so riskant für ihre eigene Kapitalakkumulation angesehen, dass sie sich bisher dem Thema bestenfalls in mehrdeutigen zynisch-opportunistischen Manierismen widmen. Turner (2009, 146) äußert sich skeptisch bezüglich der Wirkung der Kritik an der Ideologie der Lebensverlängerung:

> „The prizes, the rewards and the investments are too great to be delayed, let alone terminated, by criticism from social scientists and theologians, but at least we should not go blindly on as if the medical utopia was not also at some level a medical nightmare.“

Lebensoptimierung statt Maximierung des physischen Lebens?

Die in allen Kulturen vorhandene Hochwertung sozialer Anerkennung, die Optimierung oder Maximierung von sozialem und symbolischem Kapital (Bourdieu), konkurriert auch in modernen Gesellschaften mit Länge des physischen Lebens. Krasse Beispiele findet man in suizidalen Aktivitäten und Gewalttaten, doch auch ‚normale‘ Handlungen, die die Wahrscheinlichkeit eines langen Lebens verringern, können teilweise als Abweichungen von der offiziell dominanten Werthierarchie gedeutet werden: Extremsport, Abenteuer, übertriebener Arbeitseinsatz, lebensgefährliches Enhancement etc. Am Ende des Lebens ergibt sich für viele ein schwerwiegender subjektiver Wertkonflikt[336], der zwar durch Medikalisierung politisch entschärft, aber auch durch ethische Propaganda und sedative Pflegeideologien nicht gelöst werden kann. Sollen die im Lebenslauf erarbeiteten Hochstände von personaler und sozialer Identität, sozialem und symbolischem Kapital etc. unterboten oder sogar verloren werden oder entscheidet man sich rechtzeitig (!)[337] – in der Regel gegen massiven gesellschaftlichen Widerstand – für eine Verkürzung des physischen Lebens im Dienste *personaler* höherer Werte[338].

[335] „Namentlich ein gewisser unterer Mittelstand des Geistes und der Seele ist dem Überhebungsbedürfnis gegenüber völlig schamlos, sobald er im Schutz der Partei, Nation, Sekte oder Kunstrichtung auftritt und Wir statt Ich sagen darf“ (Musil 1978, 8, 1275).

[336] Eine Gegenthese würde lauten: Nur für wenige tritt dieser Wertkonflikt in ihrem Bewusstsein auf, da nur wenige das „Ende ihres Lebens“, also das „Sterben“ erleben. Die Ideologie und Praxis der Lebensverlängerung, die ‚Rekollektivierung’ und die Zerstörung des Bewusstseins ‚ersparen’ immer mehr Menschen das Erleben des Sterbens.

[337] Katholische Ärzte liefern unbeabsichtigt Argumente für das rechtzeitige Abtreten: „Als soziales Wesen ist der Mensch gerade in Krankheit und Behinderung vielfältigen Abhängigkeiten und offenen bzw. mehr oder weniger subtilen Einflüssen ausgesetzt, so dass eine «autonome» Entscheidung am Lebensende als Illusion zu bezeichnen ist“ (Ryser-Düblin/ Zwicky-Aeberhard/ Gürber 2008, 1246).

[338] Diese letztlich immer subjektiven „höheren Werte“ sind keineswegs nur individualistisch, sondern altruistisch. Einige Menschen wollen als kompetente, positiv kommunizierende Wesen in der Erinnerung der Überlebenden weiterleben, nicht als schockierend physisch defekte, schwer demente, verkrümmte Körper etc.

Bedeutsamer als diese individuelle ist die sozial-globale Problematik der Lebensoptimierung. Dass die Eliten und ihre Schäfchen die sozio-kulturelle Entwicklung menschlichen Lebens und nachhaltige globale Lebensqualität höher einschätzen als die glorifizierte Verlängerung des (eigenen) physischen Lebens und die damit verbundene Kapitalakkumulation des privilegierten Teils der Menschheit, könnte nur durch vielfältige gesellschaftliche Umformungsprozesse erreicht werden, deren Erforschung und Thematisierung in der Öffentlichkeit geschickt minimiert werden.

Lebensbewertung[339]/ Lebens- und Sterbequalität

Lebensbewertung erfolgt sehr unterschiedlich. Erstens ist bekanntlich der Begriff Leben mehrdeutig, handelt es sich um einzelne Lebewesen, um Menschen, um Populationen oder um Ökosysteme. Welche Wertungen werden überhaupt wahrgenommen und welche berücksichtigt? „Whose lives count as livable and whose deaths are grievable?“ (Lopez 2015, 8)
Der Begriff *Wert* hat zwei dominante Bedeutungen: Marktwert und Wert im Sinne einer obersten Normkategorie. Eine Bewertung konkreter Menschen und ihrer Lebensaspekte findet sowohl auf Märkten als auch in Wert- und Normsystemen unter allen gesellschaftlichen Bedingungen statt – beeinflusst aber nicht determiniert von Moralen und rechtlichen Regelungen. Lebenswertberechnungen werden explizit und implizit in die meisten Entscheidungen einfließen. Im Rahmen ökonomischer Kostenberechnungen von gesundheitlichen und anderen Maßnahmen ist dies häufig explizit der Fall. Allerdings sind die Modellgrundlagen der Berechnungen auf Grund der hohen Komplexität als reduktionistisch zu bezeichnen.

Wie viel Menschenleben verschiedenster ‚Sorten’ in Staaten der EU gemäß den Normen und Praktiken der real existierenden politischen und rechtlichen Systeme wert ist, wird offiziell nicht berechnet und/ oder nicht mitgeteilt. Hier seien nur Denkhinweise gegeben: Es werden immer wieder Terrorwarnungen lanciert mit medial und ökonomisch aufwendiger Flankierung. Scheinbar geht es um den Schutz nicht hierarchisierter Menschenleben. Glücklicherweise erweisen sich die meisten Terrorwarnungen als unnötig. Doch es werden fast nie Armuts-, Hunger- und Sterbewarnungen für die Miserablen dieser Welt mit gleichem medialem, politischem und ökonomischem Aufwand gestartet, obwohl dies verglichen mit selbst maximalen Terrorschäden in der EU viel bedeutsamere Fallzahlen sind – und zwar täglich (vgl. Pogge 2010; Ziegler 2012)! Ein weiterer ziemlich eindeutig interpretierbarer Hinweis auf den Wert eines Menschenlebens für Sprecher und Herrschende der reichen Staaten betrifft die Prioritätensetzungen. Wissenschaftler, Experten und Edelmedien machen Propaganda für eine ‚Transformation’ der Gesellschaften, die nicht die Fallzahl der allzu frühzeitig sterbenden mit Selbstbewusstsein ausgestatteten Menschen senken soll, sondern die sich auf die Luxuslebensgrundlagen der Minderheit der Wohlhabenden bezieht: Wandel ökonomischer und ökologischer Regelungen etc.[340]

Menschen können nicht nicht bewerten. Das gilt in besonderem Maße für den hochbedeutsamen Bereich Leben und Sterben (vgl. Rose 2009). Jeder Gedanke, jede Handlung, jede Normierung und jede soziale Tatsache sind Ursache und Wirkung von Selektion und damit auch mit impliziter oder expliziter Bewertung verbunden. Menschen bzw. menschliches Leben wurden in allen Kulturen situations-, kontext- und statusspezifisch extrem unterschiedlich bewertet. Diese anthropologische Tatsache wurde auch durch moderne Bildungssysteme, Menschenrechtserklärungen und Verfassungen nicht grundsätzlich geändert. Was sich stark geändert hat, ist der faktische Schutz (nackten) menschlichen Lebens in den reichen Rechtsstaaten – der allerdings aufgrund des hohen Verbrauchs physischer, sozialer und psychischer Ressour-

[339] Vgl. zum Wert des Lebens (Sterbender) Lenzen/ Strenge/ Wittkowski (2011, 190 ff).
[340] Die Gruppe der Wissenschaftler und Intellektuellen, die eine offene ethische, ökonomische und politische Diskussion öffentlich befürworten und praktizieren, ist sehr klein.

cen für viele Nichtgeschützte, zu denen die meisten Lebewesen gehören, lebensgefährlich wirkt (vgl. Fassin 2009, 55 f).

> „Im Alltagsbewusstsein und auch in der öffentlichen Kommunikation sind differenzierte Bewertungen konkreten menschlichen Lebens enthalten. Sie lassen sich aufgrund von Handlungen, Konsumpräferenzen und der auf allen Ebenen unvermeidlichen Selektion erschließen. Die real existierende Instrumentalisierung menschlichen Lebens wird in der Öffentlichkeit meist nicht diskutiert, doch wenn sie offengelegt wird, entstehen heftige Kontroversen." (Feldmann 2004a, 62).

Beispiele für die *Instrumentalisierung menschlichen Lebens* und der indirekten Beraubung von Lebenschancen in Entwicklungsländern unter Mitwirkung von Mitgliedern der EU: Kinderarbeit, Ausbeutung von Bodenschätzen und anderen Lebensgrundlagen, mangelhafte Programme zur Empfängnisverhütung, Unterstützung menschenverachtender Gruppen in diesen Regionen, die lokale Wirtschaft schädigende Importe aus der EU usw. Die Grundlage dieser Instrumentalisierung ist eine unausgesprochene radikale Abwertung der Menschen und ihrer Lebensgrundlagen in armen und schwachen Ländern durch die Hochmenschen der EU (stiller oder heimlicher Rassismus), wobei die in der Öffentlichkeit geltenden strengen Sprachregelungen in grotesker Diskrepanz zu den Handlungen stehen.

Menschen bewerten Personen, Körper, Körperteile[341], Lebenschancen, Lebensqualitätsbestimmungen usw. (ebd., 92 ff). Die Bewertungen und Risikoabschätzungen erfolgen explizit[342] und implizit, bewusst und unbewusst, institutionalisiert und in Grauzonen. „Da also ständig solche Risikoabwägungen vorgenommen werden, ja vorgenommen werden müssen, um Entscheidungen treffen zu können, stellt sich nicht die Frage, ob man überhaupt ein statistisches Leben[343] bewerten soll oder darf. Die Frage ist vielmehr, ob dies implizit oder explizit geschehen soll" (Schleiniger 2006, 4).

Das nur ‚zonenspezifisch' wirksame Verbot, konkretes oder identifiziertes menschliches Leben zu ‚bewerten', hat die unerwünschte (?) Nebenwirkung, dass die faktische mehrdimensional krasse Ungleichheit der Bewertung markt- und herrschaftsbegünstigend ‚beibehalten' werden kann. Ein Kontinuumskonstrukt oder ein entsprechendes semantisches Netzwerk wären sinnvoller: von einem nur sehr eingeschränkt der Bewertung zuführbarem identifiziertem Leben bis zu einem letztlich beliebigen Bewertungen zugänglichem hochabstraktem statistischem Leben. Die vorgeschriebene Ethisierung in medizinischen und anderen normativwissenschaftlichen Texten behindert eine humanisierende und entwicklungsfördernde Forschung und Reflexion in diesem wichtigen Lebensbereich.

Die Abgrenzung zwischen „konkretem Leben" („identifiziertem Leben"[344]) und „statistischem Leben"[345] kann zwar durch Operationalisierung in einem gesetzten Theoriekontext formal erfolgen, doch der Entdeckungs- und Verwertungszusammenhang dieses Theoriekontexts ist von Bewertungen durchzogen – und somit die wissenschaftliche Arbeit insgesamt. Folglich ist auch die Aussage, dass „diese Unterscheidung zwischen einem konkreten und einem statistischen Menschenleben ... für eine humane Rationierung im Gesundheitswesen ganz zentral" ist und „auch weiterhin das Beibehalten der Maxime, ein individuelles Menschenleben habe keinen Preis", erlaubt (Krämer 2008, 102), keine ‚rein wissenschaftliche' sondern vielleicht eine politische oder ideologische oder moralische oder sedative Behauptung.

---

[341] „Body parts are *extracted* like a mineral, *harvested* like a crop, or *mined* like a resource." (Rose 2007, 39)

[342] Die Schauspielerin Kate Winslet ist für die ‚britische Ökonomie' 60 Millionen Pfund wert. http://www.telegraph.co.uk/culture/film/film-news/6524675/Kate-Winslet-worth-60-million-to-British-economy.html

[343] Die Bewertung eines „statistischen Lebens" ist eine Teilmenge der gesellschaftlichen Bewertung von (menschlichem) Leben.

[344] „d.h. die Person ist bekannt und es besteht häufig eine direkte Interaktion zwischen dem Entscheider über die Verwendung von Ressourcen und dem Patienten" (Schöffski 2007, 335).

[345] „d.h. das Leben von Personen, deren Name nicht bekannt ist und zumindest zum Zeitpunkt der Entscheidung auch nicht ermittelt werden kann" (Schöffski 2007, 335).

„… daß eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach der sozialen Wertigkeit, Nützlichkeit oder dem körperlichen oder geistigen Zustand und damit eine jegliche Bewertung des Lebens gegen das Sittengesetz und unsere Verfassung verstößt“ (Weber 2000, 398).

„No person’s life has more or less intrinsic value than the next“ (Bruno/ Ledoux/ Laureys 2010, 66).

Forschungsfrage: Wieweit sind derartige realitätsfremde Normierungen handlungsleitend (in Krankenhäusern, Heimen, Gefängnissen, Schulen, Kasernen etc.)?

Durch Nachweise einer unvermeidlichen permanenten kontextspezifischen Bewertung menschlichen Lebens und seiner Teile sollen die durchaus lobenswerten in der Regel scheiternden Versuche vieler Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter etc., eine ‚wertfreie’ Gleichbehandlung zu ermöglichen, nicht heruntergespielt werden, doch sie ändern nichts an der nüchternen wissenschaftlichen Diagnose der zunehmenden Ökonomisierung und sozialen Ungleichheit im Bereich der Be- und Verwertung von menschlichem und nichtmenschlichem Leben auf allen Ebenen: national, EU und global.[346]

Die offiziellen (nationalen) *Lebens- und Sterberechtsordnungen* sind Normierungsinstanzen unter anderen, deren relativer Einfluss auf die tatsächlichen Verhältnisse in der Regel nicht gemessen wird. Die politischen und rechtlichen Entscheidungen in Staaten der EU lassen freilich darauf schließen, dass menschliches und ausgewähltes tierisches (!) Leben in der EU als wertvoller gilt als menschliches Unterschichtleben in Afrika, Asien oder Südamerika. Brauch ist, dass bei politischen, rechtlichen und ökonomischen Entscheidungen in Staaten der EU der Einfluss dieser Entscheidungen auf Leben und Lebensbewertung innerhalb und außerhalb der EU nicht transparent gemacht wird.

„Die Schätzungen zur statistischen Bewertung eines menschlichen Lebens[347] reichen von einer bis sieben Millionen Dollar.“[348] Solche ökonomischen Schätzungen gehen von umstrittenen Operationalisierungen und Modellen aus, beziehen sich meist auf privilegierte Staaten (USA etc.) und sind wahrscheinlich nur für eingeschränkte ökonomische Zwecke brauchbar. Ein Interesse, das solche Schätzungen leitet, ist freilich von allgemeiner Bedeutung: Reduzierung des Risikos der Lebensminderung und des „frühzeitigen“ Todes - zahlungskräftiger Personen. Für verschiedene Gruppen und Zwecke brauchbare reflexive Schätzungen von statistischen oder auch konkreten „Lebenseinheiten“ sind in öffentlichen Diskursen kaum zu finden – auch ein guter Indikator für das Versagen von Politik, Bildung und Wissenschaft.

Gesundheitsökonomen versuchen Kriterien zu entwickeln, um zu beurteilen, welche Maßnahmen zur Herstellung eines qualitätsangepassten (qualitätskorrigierten) Lebensjahres (QALY)[349] „kosteneffektiv“ sind (vgl. Schleiniger 2006). Die WHO hat für die Beurteilung von Projekten vorgeschlagen: Gesundheitsprojekte, deren ‚Anwendung’ lebensrettend wirken würde, wobei die Gewinnung eines statistischen Lebensjahres weniger als das BIP pro Kopf erfordert, sind äußerst kostengünstig und förderungswürdig. Dass man besonders kosteneffektiv nicht nur ein QALY, sondern ein „ganzes Leben“ in armen Ländern retten könnte, jedoch lieber „nicht kosteneffektiv“ „wertvolleres US- oder EU-Leben“ rettet oder Waffen kauft, wird durch die Rahmensetzungen der Gesundheitsökonomen und des Führungspersonals der reichen Staaten ausgeblendet.

---

[346] Dies ist eine Hypothese, die nicht dem Geschmack herrschender Eliten entspricht und folglich mangelhaft empirisch untersucht wurde (vgl. zur Differenzierung der Hypothese und schütteren Daten: Rose 2007, 2008; Fassin 2009)

[347] Gemeint ist: „ein statistisches menschliches Leben“.

[348] Kilian, R. Einführung in die gesundheitsökonomische Kalkulation. File:///C:/Dokumente%20und%20Einstellungen/Lisa/Lokale%20Einstellungen/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/5TKJDBQ7/Kilian_12-2007%5B1%5D.ppt#372,26,Folie 26.

[349] QALY = Zusammenfassung von Lebenserwartung und Lebensqualität zu einem Maß (Schöffski/ Greiner 2007, 95 ff). Broome (2004, 261) schlägt als Ersatz für QALY vor: „We need wellbeing-adjusted life years instead of quality-adjusted life years.”

Lebensqualität, -minderung und –mehrung werden weltweit u.a. aufgrund der immer komplexer werdenden Interaktions- und Kommunikationsverhältnisse nur grob und schwer vorhersagbar durch Experten, Gesetze und andere Normierungen mitgesteuert. Diese Einflüsse betreffen nicht nur „statistische Lebensjahre“ sondern „konkretes Leben“ von Menschen. In Deutschland und anderen Ländern steuern Gesetzgeber, Krankenkassen[350], Ärzteverbände und andere Organisationen Lebensqualität, -minderung und –mehrung. Selbstverständlich besteht kein Interesse an exzellenter Evaluation, die wahrscheinlich das Ergebnis erbringen würde, dass aufgrund wissenschaftlich unterentwickelter und intransparenter Bürokratisierung, Professionalisierung und Privilegienwirtschaft Lebensqualitätsminderung auf Massenbasis betrieben wird.

Beim Menschen- und Menschenteilhandel, den auch EU-Mitglieder in beachtlichem Ausmaß betreiben, wird der Wert eines Lebens, eines Körperteils oder einer Lebensminderung in Geldwert festgelegt. Doch offiziell ist die Bestimmung des Tauschwertes menschlicher Lebewesen und ihrer Teile in der EU unerwünscht bzw. verboten. Auch Meinungsumfragen weisen auf mehrheitliche Ablehnung einer „Kommerzialisierung des menschlichen Körpers“ und eine Akzeptanz der „Kultur der Gabe“ (van den Daele 2006b)[351]. Kommerzialisierung und Bewertungen von Körpern geschehen trotzdem permanent, meist unausgesprochen bzw. kontextverwoben. Bei manchen Entscheidungen wird die implizite Lebensbewertung – für Beteiligte, nicht für die Öffentlichkeit – explizit, wenn z.B. Knappheit an Ressourcen zur Lebens(teil)rettung gegeben ist, bzw. wenn eine Person das Leben einer anderen retten kann bzw. zur Rettung beitragen kann, jedoch für den potenziellen Lebensretter Kosten anfallen.[352]

Manche reiche Menschen kaufen sich ein Jahr Leben mit geringer Lebensqualität für Millionen Dollar, wofür an anderen Orten in der Welt 1000 Jahre Leben mit höherer Lebensqualität – allerdings für arme Menschen – gekauft werden könnten. „Tausende von Menschenleben könnten in ärmeren Ländern mit dem wenig kostspieligen Einsatz von 'Barfußmedizin' gerettet werden, während hierzulande Unsummen für die minimale Lebensverlängerung bei ohnehin todgeweihten Patienten eingesetzt werden“ (Gill 2003, 133). Hier wird ein Tabu angesprochen, denn Systemüberlegungen werden in den einschlägigen offiziellen Diskursen zu Hospizen, Palliative Care, Dementia Studies, Sterbehilfe, (assistiertem) Suizid, Reanimation (CPR), PEG-Sonden, Dauerkoma (PVS), Würde des Menschen etc. peinlichst vermieden.[353] System- und strukturbezogene Modelle und Theorien der Lebensbewertung, deren Entwicklung und Anwendung bisher marginalisiert werden, sollten demographische, ökologische, ökonomische, politische und andere soziale Faktoren einbeziehen.

> „When the full cost to the life of the earth is put into the balance, everyday decisions unquestioned by the ethicists and regarded as rational and even praiseworthy may be seen as questionable and possibly maleficent” (Pierce/ Jameton 2010, 685).

Fast immer werden in der normalisierten Biothanatologie, vor allem in den Bereichen Medizin, Recht und Religion, Systemüberlegungen tabuisiert und vermieden, doch falls es geschieht, kommt es zu typischen ideologischen Abwehrreaktionen, für die hier ein Beispiel geliefert wird:

> „For when an environmental theory pressures the terminally ill to quit life in favor of the global claims of ecological paternalism, then the dignity, autonomy, and inherent value of that dying patient’s life are diminished“ (Carrick 1999, 255).

---

[350] Vgl. Bericht im SPIEGEL 8/2009, 132 ff „Spiel auf Zeit“.

[351] Es könnte sich jedoch um eine insgeheim akzeptierte Doppelmoral handeln, d.h. auf verbaler Ebene wird die ethisch und rechtlich korrekte Position vertreten, doch ‚im Ernstfall’ wird kommerzialisiert.

[352] Um Kostenprobleme möglichst wenig handlungsentscheidend werden zu lassen, haben die reichen Staaten Lebensrettungsinstitutionen aufgebaut, bei denen in der Regel für die Lebensretter keine oder nur geringe zusätzliche Kosten anfallen, bzw. bei denen die Kosten für die Vermeidung der Lebensrettung für die Lebensretter höher sind als die der Lebensrettung.

[353] Der Bereich *Konsum* ist wissenschaftlich höher und differenzierter entwickelt als der Bereich Leben und Sterben, d.h. Systemüberlegungen sind häufig anzutreffen.

Die Sterbenskranken werden nicht durch derartige Theorien, sondern durch Ärzte, Pflegepersonal und Organisationen unter Druck gesetzt, deren Paternalismus die Würde, Autonomie und die 'inneren Werte' gefährden.

Das Bevölkerungswachstum in vielen Regionen trägt zu einer Verminderung des Lebenswertes unterprivilegierter Menschen und nachhaltig zur Reduzierung der Lebensqualität der Mehrheit der derzeit und in naher Zukunft betroffenen Bevölkerung bei (vgl. Dießenbacher 1998). Andererseits führt der „Bevölkerungsüberschuss", die Herstellung von „Überflüssigen" und die Verbilligung der Arbeits-, Lebens- und Kampfkraft, zu einer weiteren Ausbeutung und Bereicherung und damit zur Lebenswerterhöhung für Nutzungsgewinner.

Öffentliche theorie- oder offen perspektivenbezogene Diskurse über die Bestimmung des Wertes der Lebensquantität und -qualität von Menschen und Gruppen werden derzeit von staatlichen, kirchlichen, medizinischen und anderen Überwachungsinstanzen als unerwünscht angesehen[354], selbstverständlich ohne hochwertige wissenschaftliche oder politische Begründung. Diese *Tabus der expliziten Formulierung* (vgl. Bourdieu 2011, 191) haben nur begrenzte Wirkung, da Personen den (subjektiven) Wert ihres eigenen aktuellen Lebens oder Restlebens und auch den anderer Personen implizit und manchmal auch explizit bestimmen. Diese Bestimmungen sind häufig schwankend, kontextabhängig und kommunikativ und interaktiv prekär[355]. Im Bildungs- und Gesundheitswesen wird es vermieden, in diesem Bereich Kompetenzen zu vermitteln. Im Therapiebereich werden anstelle der ignorierten oder unterdrückten Patientenbewertungen die angeblich *objektiven* und *professionellen* Fremdbewertungen der Öffentlichkeit entkontextualisiert mitgeteilt, teilweise mit narrativen Ornamenten verziert.

In welcher Weise wird der Wert eines einzelnen menschlichen Lebens von für die Erhaltung sorgenden Menschen oder Organisationen implizit und explizit, offen und geheim, moralisierend, ökonomisierend etc. gesetzt?
Ärzte oder Pflegekräfte nutzen Routinen, bürokratische Regeln und *soziale Tatsachen*, die für die Bewertung und Selektion ‚sorgen', und sind somit häufig von expliziten Wertentscheidungen zumindest subjektiv entlastet. Eine Umfrage in vier europäischen Ländern zeigt allerdings, dass die Mehrheit der Ärzte nicht nur alltäglich Bewertung und Rationierung durchführt, sondern sich dessen auch meist bewusst ist (Hurst et al. 2007).
Von selbstbestimmten Lebenswertentscheidungen können subjektive und objektive Lebensqualitätseinschätzungen analytisch getrennt werden. Wenn man jedoch zwischen den Lebenswertentscheidungen und den Lebensqualitätseinschätzungen Verbindungen herstellen will, dann ergibt sich eine hohe Komplexität und Mehrdimensionalität (vgl. Hales/ Zimmermann 2008), auf die in der derzeitigen Krankenhaus- und Heimroutine kaum Rücksicht genommen wird.

> „Parsons, Fox und Lidz (1973) wiesen darauf hin, dass „der *Wert des menschlichen Lebens* ... im medizinischen System absolut gesetzt" wird „und der Arzt ... verpflichtet" ist, „es unter allen Bedingungen zu erhalten. Durch diese Rigidität gerät das medizinische System in eine zunehmende Diskrepanz zu anderen flexibleren Wertsystemen innerhalb der Gesellschaft. Diese religiös legitimierte ‚medizinische Ethik' ist auch ein zentrales Hindernis für einen differenzierten Umgang mit dem Tod. ... Vor allem wird der Tod damit rein negativ bestimmt und eine positive Definition ist kaum möglich. Er wird vom Arzt als Niederlage empfunden. ... Außerdem wird die emotionale und soziale Situation des Sterbenden häufig ignoriert. Er wird dazu gedrängt, seinen Lebenswillen zu mobilisieren und einen bedingungslosen Kampf gegen den Tod zu akzeptieren. Die Autoren weisen darauf hin, dass die rigide Fixierung des Arztes, das Leben eines konkreten menschlichen Organismus zu erhalten, ihn für andere soziale Aspekte teilweise blind macht." (Feldmann 1995, 147 f)

[354] Zu diesem Spiel gehört die Verwendung bombastischer Formulierungen. Ein Beispiel: "Respect for human dignity flows from the recognition that all persons have unconditional worth …" (UNESCO 2005, 6).
[355] Suizid und Suizidversuche sind Zeichen einer derartigen ‚prekären individuellen Lebensbewertung', wobei allerdings aufgrund des bisher erstaunlich gut durchgesetzten Kultivierungsverbots die ‚Experten' triumphierend auf die Irrationalität der Selbstbewertung hinweisen können (self-fulfilling prophecy).

Der Wert eines menschlichen Lebens kann folglich sprunghaft steigen, wenn die Person in eine Organisation des medizinischen Systems gebracht wird, ein Beispiel für die Kontextabhängigkeit der Lebens- und Personbewertung.

These 8a: Interdisziplinäre Theorien und empirische Untersuchungen zur Bewertung menschlichen und nichtmenschlichen Lebens[356] *und seiner Kontextbedingungen sollten ein wichtiger Forschungs- und Lehrbereich sein, der bisher in der EU zu wenig berücksichtigt wird* (vgl. Broome 2004, 2008; Rose 2008).

Exkurs zur Sterbequalität

Man kann ein Konstrukt *Sterbequalität*[357] in Anlehnung an eine psychologische, soziologische oder medizinische Bestimmung der subjektiven und objektiven Lebensqualität (vgl. Daatland 2005) bilden, das als Grundlage für die Erstellung von Theorien und der Durchführung von empirischen Untersuchungen dienen könnte.[358] Allerdings fehlt es an repräsentativen Basisdaten zu zentralen Konstrukten und Fragestellungen: z.B. *Zufriedenheit der sterbenden Person* und der Bezugspersonen, Kontextabhängigkeit der faktischen und erwarteten Sterbequalität.

	Extern (objektiv)	*Intern (subjektiv)*
Sterbechancen (Input)	Umweltbedingungen (Krankenhaus, Heim etc.)	Sterbekompetenz, psychosomatisches Kapital
Sterbeerfolg (Output)	z.B. medizinisch korrektes Sterben	Zufriedenheit der sterbenden Person

Abb. 6a: Sterbequalität (modifiziert nach Veenhoven 2000)

Damit Personen ihre Sterbequalitätserwartungen differenziert äußern und darauf aufbauend Entscheidungen, z.B. Patientenverfügungen, treffen können, müsste mehr Forschung, Bildung und Evaluation betrieben werden. Allerdings ist die antizipatorische Situationsgestaltung in einem Konfliktfeld anzusiedeln, da zu den Optionen von Personen auch Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe zählen. Die bisherigen Forschungen zur Sterbequalität sind primär auf das Handeln von Ärzten und Pflegepersonal gerichtet, kaum auf die Selbstbestimmung und –gestaltung durch die Betroffenen.[359]

Die folgende Klassifikation soll dazu dienen, die Kultivierungschancen und den Lebenslaufzusammenhang der Qualitätsbestimmungen aufzuzeigen.

Qualitätskomponenten	*Qualitätsmerkmale*
Subjektive Lebensqualität	Wohlbefinden, Zufriedenheit der betroffenen Personen
Perspektivischer Nutzen	Nutzen f. betroffene Personen, Bezugspersonen, Gemeinschaften, Ärzte etc.
Politische, kulturelle u. sonst. symbolische Werte	Gleichheit, Gerechtigkeit, religiöse Werte, nachhaltige Entwicklung etc.

Abb. 6b: Lebens- und Sterbequalität

Die Gewichtung der Qualitätskomponenten und die ‚Messung' der Qualitätsmerkmale erfordert Kooperation und Professionalisierung, doch die Bewertung und letztgültige Entscheidun-

---

[356] Die in den vergangenen 100 bis 200 Jahren politisch und intellektuell forcierte Aufwertung menschlichen Lebens war und ist verbunden mit einer (relativen) Abwertung nichtmenschlichen Lebens – wobei die Kausalketten komplex sind. Diese Abwertung wird inzwischen teilweise korrigiert, weil sie zu unerwünschten Konsequenzen für den Erhalt (wertvollen) menschlichen Lebens geführt hat und führen wird.

[357] Kurzbericht über eine internationale Sterbequalitätsuntersuchung: http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,706411,00.html

[358] Im englischen Sprachraum gibt es eine Reihe von Untersuchungen, während die Lage im deutschsprachigen Raum als unbefriedigend zu bezeichnen ist. Denn weder die Theoriebildung noch die empirische Forschung in diesem Bereich entsprechen den der Sache angemessenen Qualitätsanforderungen.

[359] "These care outcomes are, in essence, matters of judgement rather than matters of fact" (McKeown et al. 2010, 53)

gen liegen bei der Zentralperson – offiziell im durch das jeweilige Rechtssystem vorgegebenen Rahmen. So wie man – abhängig von der jeweiligen Kapitalausstattung – sein Leben gestalten kann, so kann man Länge und Qualität des Sterbens mitbestimmen.

Wie eingeschränkt die internationale Expertengemeinde die Problematik bisher bearbeitet, lässt sich an folgendem Zitat ablesen:

> "The findings of these surveys indicate that there is a substantial consensus that the two most important things about end-of-life care are to be free from pain and to be surrounded by loved ones. Internationally, the aforementioned dimensions of care at the end of life are also recognised as indicators of a good death" (McKeown et al. 2010, 53)

These 8b: Es werden zwar immer mehr Instrumente zur Messung der Sterbequalität auf den Markt geworfen, doch die wissenschaftlichen Theorien und die Informationslage der Konsumenten zur Sterbequalität sind kaum verbessert worden.

Lebensschutz

Den Wert konkreten menschlichen Lebens kann man an dem faktischen Schutz dieses Lebens ablesen. Für das ‚nackte Leben' aller Menschen wird heute im Durchschnitt mehr Schutz geboten als in früheren Epochen. Allerdings hat sich die Streuung des Aufwandes für Lebensschutz auch gewaltig erhöht. Folglich haben die Unterschiede des menschlichen Lebenswerts so wie die Einkommens- und Vermögensunterschiede im Vergleich zu allen vergangenen Epochen zugenommen.

These 9a: Das im deutschen Sprachraum von gelehrten und ungelehrten Wortführern genutzte Konstrukt Lebensschutz täuscht eine universalistische Konzeption vor, dient jedoch tatsächlich partikularistischen Zielen bestimmter Gruppen und Organisationen. Eine universalistische rechtliche Regelung des Schutzes menschlichen und nichtmenschlichen Lebens kann unter den derzeitigen globalen oder nationalen gesellschaftlichen Verhältnissen nicht einmal theoretisch ausreichend konzipiert werden.

These 9b: Die Amalgamierung der Deutungen und Praktiken des Lebensschutzes mit Speziezismus, Eurozentrismus, Kapitalismus, Imperialismus und Führerideologien wird auch in hochentwickelten ‚ethischen Dokumenten' wie der Menschenrechtserklärung und Verfassungen der reichen Staaten nicht thematisiert und rational bearbeitet, von der medialen und staatsbildungsgesteuerten doxa ganz zu schweigen.

Der Begriff Lebensschutz wurde in den 1960er und 1970er Jahren für die Gesamtheit aller Schutzmaßnahmen zur Erhaltung der Lebensgrundlagen für Menschen, Tiere und Pflanzen verwendet. Er wurde von Gegnern der Abtreibung und der aktiven Sterbehilfe und konservativen Juristen aufgegriffen und verengt und dient als Rechtfertigungskonzept innerhalb politischer und medialer Kampffelder. Inzwischen wird in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur praktisch ausschließlich ein reduktionistischer und polemischer Begriff von Lebensschutz[360] verwendet, was als Beleg für die Anpassungsbereitschaft und Herrschaftsschwäche der Wissenschaftler und Intellektuellen gedeutet werden kann[361].

Die Verbesserung des Lebensschutzes in Human-Kollektiven kann grob durch die Steigerung der durchschnittlichen Lebenslänge gemessen werden. Der Anstieg der Lebenserwartung kann in den vergangenen 100 Jahren sowohl bei der Weltbevölkerung insgesamt als auch in den meisten Staaten festgestellt werden. Allerdings haben auch die globale Streuung und damit die soziale Ungleichheit zugenommen (vgl. Therborn 2013).

---

[360] Die verengte Bedeutung von Lebensschutz würde besser durch den Begriff Lebenskontrolle erfasst werden.

[361] Zum Nachdenken regt auch an, dass man in Google Scholar „Begriff Lebensschutz", „Konstrukt Lebensschutz", „Definition von Lebensschutz" und „Lebensschutzideologie" eingeben kann und mit der Ausnahme einer Publikation von 1980 nur dieses Dokument von mir als Treffer erhält.

> “Today, the global life expectancy gap is the widest in human history, with a disparity of nearly five decades.” (Schneider/ Garrett 2009)

Die soziale Ungleichheit (vgl. Hanratty/ Holmes 2011) hat nicht nur zwischen den reichen und den armen Ländern zugenommen, sondern auch innerhalb der reichen Länder. In Großbritannien wurde die gesellschaftlich bedingte Mortalitätsungleichheit von 1920 bis 1950 stark verringert, ist seit 1980 wieder angestiegen und hat um 2000 das Niveau von 1920 erreicht (Dorling/ Thomas 2009; bearbeitet in Dorling 2010, 170).

Wenn man die Ansicht vertritt, dass menschliches Leben primär ein individuelles qualitatives und sekundär ein individuell und kollektiv quantitatives Ereignis oder Geschehen ist, dann wird die Beurteilung der Lage schwierig[362]. Betrachtet man den Schutz des qualitativen Lebens bzw. den Schutz der Lebensqualität, ist eine Erfolgsmeldung schwieriger als im quantitativen Bereich. Betrachtet man die Nachhaltigkeit des quantitativen und qualitativen sowohl auf Menschen als auch auf das gesamte Leben bezogenen bisherigen Lebensschutzes im Lichte von Prognosen, dann wird man wohl nicht zu einem positiven Urteil kommen. Bei einer solchen Nachhaltigkeitssichtweise taucht folgende Hypothese auf: Unter den radikalen Lebensschützern des 20. und 21. Jahrhunderts befinden sich *Grundsteinleger des strukturellen Massenmords und der Barbarisierung*; damit sind nicht Personen gemeint, welche Ärzte ermorden, die Abtreibungen durchgeführt haben, sondern z.B. hohe Funktionäre, die sich gegen erfolgreiche nationale und internationale Geburtenkontrolle, Sexualitäts- und Reproduktionserziehung wandten und wenden. Teile der Lebensrechtsbewegung vernachlässigen Systemaspekte und verwechseln Lebensrecht mit Lebenspflicht, wodurch sie einen globalen Kampf um Leben schüren, in dem paradoxerweise inhumane Formen der Lebensminderung und Lebensvernichtung von radikalen Lebenschützern und ihren opportunistischen Helfern verstärkt werden.

Die Problemlage wird noch komplexer, wenn man zwischen physischem, psychischem und sozialem Lebensschutz trennt. In den hochentwickelten Ländern wird zwar viel in den Schutz des physischen Lebens bei ausgewählten Lebensgefahren investiert, doch gegen psychosoziale Lebensminderung, die rechtlich, politisch und ökonomisch bewirkt wird, wird vergleichsweise wenig unternommen. Viele Menschen werden auch in Ländern der EU diskriminiert und so stark ausgebeutet, dass ihr physisches, psychisches und soziales Leben nachhaltig beschädigt wird.[363]

Lebensschutz und Tötung werden als Herrschaftsthemen behandelt und folglich fast nur professionell *gerahmt* und mit korsettierter normativer Unterstützung öffentlich diskutiert. Diese hochkulturell, institutionell und rechtlich verordneten Einschnürungen und Verkorksungen – gesellschaftlich gefährlichere Sichtverengungen, als sie bei suizidalen Personen festgestellt wurden – haben gravierende Konsequenzen, wenn man noch zusätzliche Differenzierungen einführt.
Lebensschutz kann sich auf Leben generell beziehen, nicht nur auf menschliches. Wenn man den Begriff von seiner derzeitigen reduktionistischen und dogmatischen Rahmung befreit, kann er für eine moderne Systemsicht genutzt werden. Doch Diskussionen oder gar Berücksichtigung von Systemmodellen[364] im Diskursbereich Sterben und Tod werden von vielen Funktionären der Politik, des Rechts, der Religion und der Medizin vernachlässigt oder nicht gewünscht, folglich werden auch in der Öffentlichkeit, d.h. in den Medien und ihnen angeschlossenen Wissenschaftsteilen, hauptsächlich erwünschte von Systemüberlegungen gereinig-

---

[362] Es ist allerdings auch eine Minderheitsposition denkbar, die hier nicht diskutiert wird: menschliches Leben ist primär ein kollektiv qualitatives Ereignis.
[363] Ein Hinweis: Auch in der EU gibt es tausende Menschen, die in sklavereiähnlichen Verhältnissen leben.
[364] Eine herrschaftskonforme aristokratische Sterilisierung der Systemtheorie im Rahmen der Sozial- und Geisteswissenschaften wurde von Luhmannianern durchgeführt.

te Beiträge geliefert, die sich auf das ungeborene Leben, die Schwangerschaft, die Stammzellforschung, die aktive Sterbehilfe, Hospize und ähnliche Spezialfragen beziehen.[365]

Die politischen und juristischen Diskurse und Entscheidungen bezüglich der Präimplantationsdiagnostik können als aktuelles Beispiel für Systemblindheit und Funktionärsideologien dienen. Im Interesse des Leitungspersonals menschenbe- und –verarbeitender Organisationen wird die Herrschaft stützende Hochethik an einer Nebenfront in distinktiver Weise zelebriert.

> „Das Interesse des Gesetzgebers gilt dem Schutz des Embryos, der künstlich in der Petrischale gezeugt wurde“ (Schlink 2011, 30).

> „Am Schutz von Leben und Würde des auf natürliche Weise gezeugten Embryos zeigt sich der Gesetzgeber wenig interessiert“ (ebd.).

Das „Interesse des Gesetzgebers“ kann mit ganz unterschiedlichen realen Schutzformen verbunden sein. Gesetzgeber der EU sind vielleicht an dem „Schutz von Leben und Würde“ von natürlich gezeugten und geborenen Menschen „interessiert“, doch tatsächlich wird Menschen, die das embryonale Stadium bereits überwunden haben (vielleicht zwanzig Millionen jährlich) und die dringend solchen realen Schutz benötigen, von Seiten der Gesetzgeber der EU fast keiner geliefert.[366]

Kontrolldienste (Führungspersonal, Experten, Politiker, Bischöfe etc.) setzen Diskursrahmen und lassen sie bewachen. In diesen Rahmen wird ritualisiertes, herrschaftlich ausgewähltes und angeblich *wissenschaftlich gesichertes* Wissen (*doxa* des Lebens- und Sterbeschutzes) zelebriert, z.B.

- Das Strafrecht sei in allen Fällen geeignet, um einen ideellen und realen (?) Lebensschutz (für wen?) zu garantieren.
- Menschen wünschen (mit ganz ganz wenigen Ausnahmen) „nur deshalb“ Lebensverkürzung, weil sie Schmerzen haben[367].
- Hospize und Palliativpflege sind Allheilmittel für die modernen Sterbeprobleme[368].
- Durch Palliative Care können (fast) immer die Schmerzen so beherrscht werden, dass die Menschen „gerne“ weiterleben wollen.
- Die Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid stellt eine „zentrale Kulturstörung“ dar.
- Demokratisierende und humanisierende Umstrukturierungen der Systeme Politik, Wirtschaft, Gesundheit, Bildung und Religion erbringen keine wesentlichen Ergebnisse für die Verbesserung der Sterbegestaltung.[369]

Die Zusammenhänge zwischen politischer und sozialer Unterdrückung, Geburtenrate, Lebensschutzideologien, Zerstörung von Ökosystemen, staatlicher Gewaltausübung, bürokratischer

[365] In Google Scholar erhält man für folgende Eingaben KEINE Treffer: „Schutz des Lebenssystems“, „Lebenssystemschutz“, „Schutz des globalen Lebens(systems)“.

[366] Im Gegensatz zur Präimplantationsdiagnostik werden diese Fragestellungen, Hypothesen und Tatsachen in europäischen Parlamenten nicht differenziert diskutiert.

[367] Nicht nur Gegner sondern auch Befürworter der Legalisierung von Beihilfe zum Suizid oder aktiver Sterbehilfe sind schmerzideologisch defizitorientiert, wenn diese Hilfe strikt auf Fälle beschränkt werden soll, bei denen die „normale“ Schmerzkontrolle nicht ausreichend funktioniert.

[368] Eine kleine Googleschau weist auf die soziosemantische Normierung:

Kritik der Palliativmedizin	0
Kritik der Hospizbewegung	2
Kritik der Psychiatrie	5210
Kritik der Soziologie	5800
Ablehnung der aktiven Sterbehilfe	2440
Ablehnung der Palliativmedizin	0
Ablehnung der Hospizbewegung	0
Ablehnung der Psychiatrie	528

[369] Der letztgenannte Punkt wird selbstverständlich nur implizit und schweigend zelebriert.

Verkrustung und anderen Faktoren werden in der Regel in der Öffentlichkeit nicht thematisiert: herrschaftsgesteuerte Reduktion der Komplexität.

These 9c: Die unbeabsichtigten (?) und jedenfalls nach Meinung vieler reflektierender Menschen unerwünschten Nebenwirkungen einer bürokratisierten, nationalisierten, professionalisierten und sakralisierten Lebensschutzideologie und –praxis werden kaum erforscht.[370]

These 9d: Je aufwendiger der Lebensschutz für Privilegierte gestaltet wird, umso weniger Lebensschutz erhalten der Abschaum, der Ausschuss, die Ausgeschlossenen, die Überflüssigen ….[371]

Der durchschnittliche (quantitative) Lebensschutz für Staatsbürger und privilegierte Tiere[372] wurde in den reichen Staaten in den vergangenen Jahrzehnten mit immer höherem Aufwand und immer erfolgreicher betrieben – zu Lasten des Schutzes der unterprivilegierten Milliarde(n) von Menschen (vgl. Roberts 2010), in Zukunft lebender Menschen und des nicht privilegierten nichtmenschlichen Lebens[373].
Da jedoch auch in westlichen Demokratien der faktische quantitative und qualitative Lebensschutz sehr ungleich verteilt ist (vgl. Clavandier 2009, 161), kann man schließen, dass Personen, Ökosystemen und anderen Lebensaspekten höchst unterschiedliche gruppenspezifische und individuelle ‚Werte' von den Machthabern und Entscheidern zugeschrieben und Schutzressourcen zugeteilt werden.

Es finden harte Kämpfe um die Definitions- und Gestaltungsmacht im Feld Leben statt, z.B. bezüglich Beginn und Ende schützenswerten Lebens, Formen des Schutzes, Differenz von menschlichem und nichtmenschlichem Leben und Sanktionsnutzung. In der überwiegenden Mehrzahl der Kulturen wurde der sozial und kulturell relevante Beginn eines gesellschaftlich geregelten menschlichen Lebens mit der Geburt bzw. nachgeburtlichen Maßnahmen angesetzt. In der abendländischen Kultur wurde aufgrund kirchlicher und staatlicher Interventionen diese Setzung verändert, die Kontrolle über Frauen und Familien konnte dadurch schon während der Schwangerschaft verstärkt werden. In modernen Rechtssystemen dominiert derzeit eine „biologisch-normativ essentialistische Sicht auf den Beginn menschlichen Lebens" (Krones 2008, 363). Die angeblich naturwissenschaftlich ‚legitimierten' und rechtlich zementierten ‚Werte' erweisen sich in globaler Perspektive als wenig brauchbar (vgl. Viehöfer 2006). Neue vernetzte Formen der Lebens- und Sterbekontrolle wären erforderlich, wobei ziemlich unklar bleibt, wie das Dickicht der Rechtssysteme, Expertenkommissionen und anderer ‚Instrumente' sich auswirkt.

Dass seit Jahrzehnten Forschungen vermieden werden, um „die Umdeutung von Art. 1 GG (Menschenwürde) und Art. 2 GG (Freie Entfaltung der Persönlichkeit, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person) als klassische Abwehrrechte in objektive Wertnormen und die davon abgeleitete staatliche Schutzpflicht" (Wilde 2001, 183) mit den faktischen Werthaltungen und Praktiken der Bürger empirisch zu konfrontieren, kann durch eine autoritäre und demokratisierungsbehindernde Rechts- und Staatspraxis erklärt werden – ein Arbeitsgebiet für die in Deutschland kaum existente *Agnotologie*[374].

In den offiziellen Konflikten um Leben und Sterben ist eine zunehmende Kluft zwischen den Einstellungen in der Bevölkerung und den so genannten Expertendiskursen entstanden – ebenfalls ein Mittel, um Herrschaft zu sichern, da die meisten Menschen für ‚unreif' und ‚unwis-

---

[370] Thesen 9a und 9b sind Empfehlung zur Schwerpunktsetzung nationaler und internationaler Forschungsorganisationen.
[371] Ein kleiner Hinweis: Der Begriff „Lebensraub" würde viele Aktivitäten kapitalkräftiger Personen, Gruppen und Organisationen in der Dritten Welt gut beschreiben. Doch der Begriff wird nur im virtuellen Spielbereich verwendet – ein kleines Zeichen für defiziente Rechts- und Bildungssysteme der reichen Staaten.
[372] „57 Milliarden Dollar schwer ist der weltweite Heimtiermarkt. Das ist mehr, als nötig wäre, um die extreme Armut in der Welt zu halbieren …" (Der Spiegel 30/2010, 66).
[373] Auch zu Lasten der Lebensqualität der Unterprivilegierten der reichen Staaten!
[374] Vgl. Proctor/ Schiebinger 2008.

send' erklärt werden können. Die Gesetzgeber richten sich vor allem nach Konzeptionen, die im Dienste von mächtigen Institutionen und Organisationen erarbeitet wurden, und berücksichtigen zu wenig Einstellungen und Moralen in der Bevölkerung[375], die trotz intensiver Propaganda sich nicht in die von staatlichen und religiösen Funktionären erwünschte Richtung entwickelt haben.[376] So entsteht über (post)demokratische Gesetzgebung und staatlich kontrollierte Wissenschaft eine oligarchische *Kollektivethik*, die durch das Gewalt- und Rechtsmonopol des Staatsadels vor allem den unterprivilegierten Bürgern *aufgezwungen* wird.

Reinhard Merkel (2002) spricht sich in Übereinstimmung mit den Einstellungen der Mehrheit der Menschen in Deutschland und anderen hochentwickelten Staaten dafür aus, dass der Staat einen abgestuften Schutz für menschliches Leben bieten soll – was ja auch faktisch in den meisten Bereichen der Fall ist[377], wobei Politik und Recht Schwierigkeiten haben, die *wilde Ungleichheitserzeugung* zu zügeln.

Wären Herrschaftsträger an demokratischen und rationalen Strategien zur nachhaltigen Sicherung des Grundrechts auf Leben interessiert, dann würden sie vergleichende Evaluationen der in verschiedenen Staaten und Organisationen getroffenen Entscheidungen und Normierungen und repräsentative und differenzierte Untersuchungen der Einstellungen und Verhaltensweisen durchführen. Die Evaluationsergebnisse würden dann in verständlicher Weise im Internet zur Verfügung stehen, so dass eine Bildung der Bevölkerung in diesem Bereich möglich wäre. Strafrechtliche Regelungen könnten dann den entsprechenden Forschungsergebnissen und Diskursen angepasst werden. Bekanntlich setzen sich die leitenden Funktionäre des Staates, des Rechts, der Kirchen, der Medizin, der Medien und der Wissenschaft nicht für solche exzellente und demokratische Verfahren ein.

Es wird bisher kaum wissenschaftlich geprüft oder gar allgemein transparent gemacht, wieweit bestimmte Gesetze und andere Verhaltensregelungen menschliches Leben quantitativ und qualitativ ‚schützen' und welche Nebenfolgen sich durch die geltenden Normierungen und organisatorischen Regeln ergeben. Der Staats- und Wissenschaftsadel sollte qualitativ hochwertige Forschung über den faktischen Schutz menschlichen Lebens und die Moralen in der Bevölkerung initiieren, da es durchaus möglich ist, dass gut gemeinte Gesetze und politische Entscheidungen das in der Verfassung gesetzte und hochrichterlich interpretierte Ziel verfehlen.

Ein staatlicher Lebensschutz kann wahrscheinlich mit einem geringeren Einsatz des Strafrechts erfolgen, als es bisher üblich ist, ohne an Wirksamkeit zu verlieren. Überhaupt zeigt sich die Staatskunst darin, dass das Strafrecht und staatliche Gewalt möglichst wenig eingesetzt und die Kosten des Gewaltapparats (Militär, Polizei etc) kontinuierlich verringert werden. Gemäß dieser Annahme kann die Staatskunst der USA als mangelhaft bezeichnet werden (Rüstungskosten, Gefängnisinsassen[378], Todesstrafe, Kriminalität) (vgl. Garland 2008). Gute Lebens- und Todespraxis wird nicht durch staatlichen Zwang, ethische Schriften und politische Absichtserklärungen erzeugt, sondern durch die Kombination von professioneller Gestaltung, guter Evaluation, Transparenz, Förderung der Selbst- und Mitbestimmung und intelligenter gesetzlicher Kontrolle (vgl. Bayatrizi 2008, 151).

[375] Eine schwache Falsifikation dieser These: das durch den deutschen Bundestag beschlossene Patientenschutzgesetz.

[376] Die interaktiv rückständigen Rechts-, Politik-, Gesundheits- und Bildungsinstitutionen stehen in zunehmender Distanz und Diskrepanz zu den interaktiven Systemen, die die jungen Generationen immer mehr nutzen.

[377] Die Annahme, dass eine „Auflösung des absoluten Lebensschutzes" drohe (Simon 2007b, 571), ist folglich sowohl theoretisch als auch empirisch unbegründet.

[378] Die USA sind der Staat mit den meisten Gefängnisinsassen (pro Kopf der Bevölkerung) und damit ein Spitzenland bezüglich der staatlichen Herstellung von Gewalt, sozialem Sterben und Töten (vgl. Sowle 1994-1995)

These 9e: Der Schutz menschlichen Lebens sollte in einer freiheitlichen Gesellschaft durch Aufklärung, Herstellung von günstigen Bedingungen für Familien, Verringerung der sozialen Ungleichheit und ähnliche humane und kultivierende Maßnahmen gewährleistet werden.[379]

These 9f: Menschen, die über ihren Körper und ihre Psyche selbst verfügen wollen, sollten vor denjenigen geschützt werden, die das Leben anderer auch gegen deren Willen zu erhalten und zu manipulieren versuchen.

These 9g: Die wissenschaftliche Stagnation der Lebensschutzdiskurse ist auf die institutionelle Eingrenzung der Bearbeitung (Rechtswissenschaft, Philosophie, Theologie) und auf die Ritualisierung zurückzuführen.

Der Kernkraftunfall in Japan (Fukushima) hat vor allem in Deutschland, weniger in anderen hochentwickelten Staaten, das Problem der ‚Lebensrisiken' an die Spitze der Medien- und Politikagenda gespült. Die Kernkraftgegner streben einen langfristigen ‚Lebensschutz' an, der sich aus der langfristigen ‚Lebensgefährdung' durch die Nutzung von Kernkraft ergibt. Auch in diesem Fall wird das Problem freilich verkürzt thematisiert, es wird vor allem nicht in allgemeine ‚Lebensdiskurse', die stark unterentwickelt sind, eingebettet. Gerade die verkürzte, mediatisierte und polarisierte Thematisierung ermöglicht freilich auch eine Massenaktivierung, die sich z.B. in politischen Wahlen manifestiert. Ob sich aus diesen gelegentlichen und zufälligen Massenaktivierungen mittel- und langfristig positive Entwicklungen für rationale und globale ‚Lebensdiskurse und -kalküle' ergeben, ist allerdings eine schwer beantwortbare Frage.

Lebensminderung, Gewalt, Töten

In den vorhergehenden Abschnitten wurden die Gestaltung, Mehrung, Bewertung und der Schutz des menschlichen Lebens besprochen. Die Manipulation menschlichen Lebens findet permanent statt, und zwar explizit und implizit, intentional und nicht intentional, direkt und indirekt, schwach und stark etc. Die Beobachtungssysteme, z.B. Sprachen, Recht, Medizin, Religion, Medien, erfassen das Geschehen selektiv und verarbeiten es abhängig von Interessen, Ressourcen und anderen Bedingungen. Der Begriff Töten ist ein bedeutsames und scheinbar eindeutiges Konstrukt innerhalb dieser vielfältigen kooperierenden und konkurrierenden Systeme. Ihm wird im Folgenden der ungebräuchliche Begriff Lebensminderung zur Seite gestellt und übergeordnet, um den Horizont zu erweitern und alternative Sichtweisen zu vermitteln.

Lebensminderung[380] kann als eine quantitative und qualitative Verringerung, Beschädigung, Verletzung oder Beeinträchtigung des physischen, psychischen oder sozialen Lebens von Menschen definiert werden[381]. *Lebensverkürzung* i.e.S. betrifft die Quantität des physischen Lebens, i.w.S. die Quantität des physischen, psychischen und sozialen Lebens.[382] Vorrangig

[379] Diese scheinbar selbstverständliche Forderung wird in den Staaten der EU, z.B. in Deutschland, nur höchst unzureichend erfüllt. Vor allem wird exzellente Forschung, Evaluation und Programmentwicklung in diesem Bereich vermieden.

[380] Der Ausdruck „Lebensminderung“ wird hauptsächlich in religionsbezogenen Schriften verwendet. Außerdem wird er im Kontext von Lebensbeeinträchtigung, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Schmerzbewertung von Versicherungs- und Rechtsexperten eingesetzt. Durch seine hier vorgeschlagene sozialwissenschaftliche Verwendung können die Begriffe „Lebensverkürzung“ und „Lebensqualität“ verbunden werden, die zwar quantitativ und qualitativ differenzieren, jedoch auch die Reduktion der Lebensverkürzung auf physisches Leben als selbstverständlich und nicht diskussionswürdig setzen. Durch die derzeitige Leitdiskursnutzung von Lebensverkürzung und Lebensqualität werden auch spezifische Kampfzonen aufgezogen, deren Perspektivität und Funktionalität durch die hier angebotetene Argumentation ein wenig entschleiert wird.

[381] Man kann den Begriff Lebensminderung auch weiter fassen, indem man die gesamte Lebenswelt einbezieht.

[382] In den Leitdiskursen wird selbstverständlich eine Reflexion auf den Gebrauch des Begriffs *Lebensverkürzung* peinlich vermieden.

gemeint ist eine durch menschliches Handeln bewirkte Verringerung der im Durchschnitt unter ‚normalen Bedingungen' und ohne dieses Handeln zu erwartenden Dauer des physischen Lebens einer Person. Lebensminderung ist folglich der übergreifende Begriff und Töten im alltagssprachlichen und auch in der Wissenschaft üblichen Sinne ist eine Teilmenge von Lebensminderung.

These 10a: Nur ein geringer Teil der ‚durch Menschen' produzierten Minderung menschlichen Lebens erfolgt ‚beabsichtigt'.[383]

These 10b: Eine Hauptursache der Lebensminderung ist die soziale Ungleichheit[384]*, d.h. die Exklusion von hunderten Millionen Menschen, denen die Teilhabe an ökonomischen, sozialen, kulturellen und gesundheitsfördernden Ressourcen verweigert wird*[385] *(vgl.* Wilkinson/ Pickett 2009; Zheng 2012; Sassen 2014). *Eine Verringerung der sozialen Ungleichheit würde folglich eine globale Verbesserung der Lebensbedingungen erbringen.*[386]

These 10c: Personen, Gruppen und Organisationen in hochentwickelten Staaten, die nicht explizit und öffentlich für eine Politik der Verringerung der sozialen Ungleichheit (vor allem nach Modellen der skandinavischen Staaten) eintreten, machen sich der ‚fahrlässigen Tötung' schuldig. Dies trifft vor allem für die führenden Mitglieder der politischen Klassen zu.

These 10d: Lebensminderung und Töten werden hauptsächlich gemäß den Interessen der herrschenden Klassen und Gruppen diskutiert und wissenschaftlich erforscht. Auf diese Weise können die Haupt(mit)verantwortlichen für die globale Lebensminderung im Schatten der spektakulären ‚Mörder' und ‚Bluthunde' ihre Geschäfte und Kultivierungen betreiben.

These 10e: Die nicht mit dem engen Begriff des Tötens fassbaren Formen der Lebensminderung werden in der globalen Gesellschaft objektiv und subjektiv immer bedeutsamer. Diesen Wandel der kulturellen Relevanz in öffentlichen Diskursen zu thematisieren, entspricht nicht den Interessen der Herrschenden.

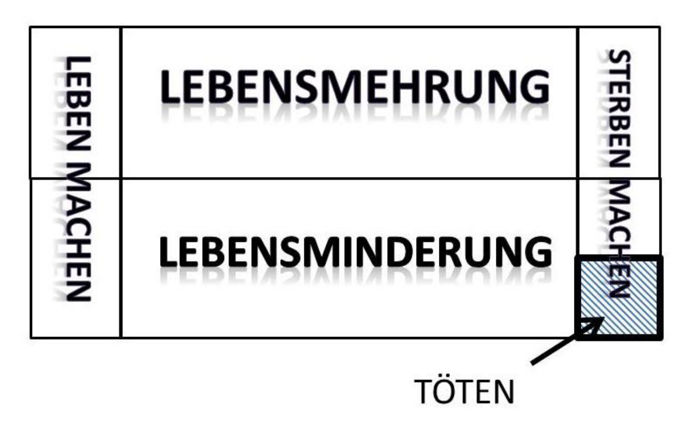


Abb. 7: Das Feld der Lebens- und Sterbesteuerung

Töten ist eine Untermenge der Lebensminderung, die kulturell, sozial und herrschaftlich eingegrenzt wurde und wird und einen normativen Sonderstatus erhalten hat. Die soziosemantischen Strukturen des Alltagshandelns und der Institutionen erweisen sich aufgrund der Komplexitätssteigerung der kulturellen, technischen und wissenschaftlichen Entwicklung als immer

[383] Welche Form von *Kultivierung* bewirkt, dass der ‚beabsichtigte' Teil der Lebensminderung allmählich zunimmt oder abnimmt? Durch Kultivierung wird Unbeabsichtigtes zu Beabsichtigem und Beabsichtigtes zu Unbeabsichtigtem.

[384] Die Hauptursache der sozialen Ungleichheit sind vernetzte Herrschafts- und Ausbeutungsverhältnisse, die sich durch Modernisierung, Ökonomisierung und Globalisierung prächtig entwickelt haben.

[385] Wenn man die These 10a als wahr voraussetzt (Minimalkonsens der Gebildeten bezüglich der Bedeutung von ‚beabsichtigt'), dann handelt es sich wahrscheinlich um eine ‚unbeabsichtigte' Teilhabeverweigerung!? Allerdings hängt das ‚Messergebnis' davon ab, welche Personen wie ‚befragt' oder ‚untersucht' werden.

[386] Ein interessantes Beispiel: Murray et al. (2006) haben US-amerikanische Verwaltungsbezirke in acht Cluster geteilt, wobei der durchschnittliche Unterschied in der Lebenserwartung zwischen dem obersten und dem untersten Teil 35 Jahre beträgt! Indien wäre für eine derartige Untersuchung noch besser geeignet. Vgl. auch: http://www.heise.de/tp/artikel/34/34947/1.html

weniger geeignet für nachhaltige Problemlösungen. Dies wird in den folgenden Ausführungen für einen besonders kritischen Problembereich nachgewiesen.

Sterben machen[387] und *Leben machen* sind dynamisch wachsende Bereiche, deren Einfluss auf die Lebensmehrung und –minderung zunehmen wird.[388] Modernisierung, Verwissenschaftlichung, Technisierung, Ökonomisierung und Globalisierung sind zentrale Prozesse, deren Potenziale der Lebens- und Sterbeproduktion detailliert erforscht und für eine breite Öffentlichkeit transparent gemacht werden sollen.

In Rechtsdiskursen wird der Begriff *(akute) Lebensgefährdung* verwendet, der mit dem Begriff Lebensminderung verwandt ist. Doch bei der rechtlichen Bestimmung des Begriffs Lebensgefährdung sind die historisch und ideologisch eingeschränkten Bestimmungen der Begriffe *Leben* und *Töten* und altmodische Akteurmodelle erkenntnisleitend.

	quantitativ	*qualitativ*
Lebensminderung	Lebensverkürzung i.e.S.	Verschlechterung der Qualität des phys., psych. u. soz. Lebens
Lebensmehrung	Lebensverlängerung i.e.S.	Verbesserung der Qualität des phys., psych. u. soz. Lebens

Abb. 8: Quantitative und qualitative Lebensmehrung und -minderung

Die *Lebensverkürzung* wird relativ gut registriert und kontrolliert, wenn innerhalb eines überwachten Territoriums ein einfach feststellbarer Eingriff in das physische System eines Menschen zu einem schnellen physischen Tod führt. Viel häufiger sind jedoch diffuse und nicht oder mit anderer Bedeutung dokumentierte Eingriffe in verschiedene Systeme, die nach Monaten oder Jahren zu einem ‚verfrühten' Sterben bzw. Tod führen. Da diese zweite Form häufiger vorkommt und auch insgesamt zu einem größeren Verlust an Lebensjahren führt[389], könnte man naiver Weise vermuten, dass diese zweite Form stärker im Blickpunkt von Politik und Recht steht[390]. Doch dies ist nicht der Fall, bzw. die Steuerungssysteme sind so komplex und inkonsistent gestaltet und werden so schlecht evaluiert, dass schwer nachweisbar ist, was der Fall ist.

> Verdeutlichung: In den Staaten der EU wurde und wird Tabakanbau nicht nur zugelassen sondern sogar hoch subventioniert. Gleichzeitig werden der Einbau verbesserter Heizungssysteme, die Dämmung von Häusern und die Schadstoffverminderung im Verkehr zu wenig gefördert, obwohl Experten beweisen können, dass infolge dieser Versäumnisse unnötig viel Feinstaub und Schadstoffe emittiert werden und Energie verschwendet wird. Die Konsequenz dieses ‚politischen Fehlverhaltens' ist eine schwerwiegende Lebensminderung in der EU und global, d.h. hunderttausende gesunde Lebensjahre gehen verloren. Unterthematisiert ist die Lebenseinschränkung und –minderung, die die entwickelten Staaten herstellen, deren FührerInnen sich den *Menschenrechten* verpflichtet gerieren – das Hauptproblem betrifft nämlich den armen und elenden Teil der Menschheit. Die herrschaftsstützende Devise der Wert- und Leistungsträger hochhumanisierter Länder: Lieber ein wertvolles Leben eines inkludierten Menschen, der nicht mehr leben will, retten, als zwanzig wertlose exkludierte. Oder noch bedeutsamer: Lieber Milliarden von Steuergeldern für Rüstungsgüter, Lebens- und Kapitalschutz der Oberschicht (Hauptkapitalträger) ausgeben, als zehn Millionen für die ‚Hochökonomie' zwar ausbeutbare, aber trotzdem (!) wertlose Leben retten.[391]

---

[387] „Es sind nicht mehr die Krankheiten, die in ihrem natürlichen Verlauf zum Tode führen, sondern Zeitpunkt, Ort und Art des Sterbens werden wesentlich von Handlungen und Entscheidungen bestimmt …" (Schäfer/ Müller-Busch/ Frewer 2012, 200).

[388] Bevölkerungspolitik z.B. im Sinne von Foucault (1993) ist nur ein Aspekt in dem komplexen Geschehen.

[389] Im 20. Jahrhundert sind mehr Menschen aufgrund sozialstruktureller Gründe frühzeitig gestorben als durch direkte Gewalteinwirkung (vgl. Nederveen Pieterse 2005).

[390] Es handelt sich um für privilegierte Gruppen und Organisationen ‚brauchbare Illegalität', d.h. die permanent in Krankenhäusern, Heimen, Ministerien und an anderen sozialen Orten praktizierte Lebensverkürzung soll intransparent bleiben und ‚selbstverständlich' sein.

[391] Dies ist nicht moralisierende Polemik, sondern es handelt sich um trotz herrschaftskonformer Wissenschaftssteuerung relativ gut bestätigte Hypothesen und zumindest implizit bei Intellektuellen vorfindbare Werturteilsaspekte, die freilich für die Machteliten nicht handlungsrelevant und für die Forschungseliten kaum forschungsrelevant sind.

Marckmann und Siebert (2008, 136) stellen die idealtypische und bisher nicht einmal in minimal ausreichender Form erfüllte Forderung auf: „Die Summe der dadurch (durch politische Entscheidungen, KF) verloren gehenden Lebensjahre oder QALYs[392] sollte bekannt sein und anhand der entsprechenden nicht-utilitaristischen Kriterien in expliziter und transparenter Weise begründet werden."[393]

Lebensminderung oder –verkürzung bezieht sich nicht nur auf das physische, sondern auch auf das psychische und soziale Leben. Somit steht auch Lebensminderung nicht in einem simplen Gegensatz zu Lebensmehrung. Es kann bei einem Menschen gleichzeitig physische Lebensmehrung und psychische Lebensminderung betrieben werden.
Eine starke Minderung des psychischen Lebens wird relativ gut registriert und kontrolliert, wenn ein festgestellter[394] Eingriff in das psychophysische System einen schnellen psychischen Zusammenbruch bewirkt, z.B. einen radikalen Identitätsverlust, ein Dauerkoma etc. Die starke Minderung des sozialen Lebens[395] findet offizielle Beachtung, wenn ein festgestellter Eingriff in das soziale Mikrosystem einen schnellen physischen, sozialen oder psychischen Tod bewirkt, z.B. durch Suizid oder Herz-Kreislaufversagen etc. Häufiger erfolgen jedoch diffuse und nicht dokumentierte Eingriffe, die nach Monaten oder Jahren zu einem verfrühten psychischen bzw. physischen Sterben oder Tod führen. Da diese zweite Form häufiger vorkommt und auch insgesamt einen größeren Verlust an psychischen und teilweise auch physischen Lebensjahren zur Folge hat, könnte man vermuten, dass diese zweite Form stärker im Blickpunkt von Politik und Recht steht. Doch dies ist nicht der Fall, bzw. die Steuerungssysteme sind so komplex, inkonsistent und intransparent gestaltet und werden so schlecht evaluiert, dass schwer nachweisbar ist, was der Fall ist.

Ein Beispiel für eine psychische, soziale und physische Lebensminderung, die in der Regel in biothanatologischen Texten nicht thematisiert wird:

> „Frühkindliche Traumatisierungen haben Folgen bis in die dritte Generation... In der Konsequenz hieße dies, dass traumatische Erfahrungen, die Kinder familiär oder auch gesellschaftlich etwa durch Kriege oder gewaltsame Konflikte erleben, in die zweite und dritte Generation weiter gegeben werden können, zumindest dann, wenn die Folgen nicht gezielt kompensiert werden."[396]

Strukturelle Lebensminderung erfolgt u.a. durch politische und ökonomische Maßnahmen, die die soziale Ungleichheit verstärken, was in den vergangenen Jahrzehnten weltweit und auch in einer Reihe von hochentwickelten Staaten der Fall war (vgl. Wilkinson/ Pickett 2008).

	Physisch	*Psychisch*	*Sozial*
personal	Verletzung, Tötung	Mobbing, ‚Depressieren'	Direkte Vertreibung, Jobverlust
strukturell	Gesundheitsinfrastruktur vernachlässigen	Ökonomischer Stress u. Überforderung	Indirekte Vertreibung, Umweltzerstörung

Abb. 9: Personale und strukturelle Formen der Lebensminderung

In der bisherigen Argumentation wurden die impliziten, indirekten und strukturellen Formen der Lebensminderung angesprochen. Die Problematik wurde und wird teilweise mit anderer Begrifflichkeit abgehandelt: z.B. strukturelle Gewalt (Galtung). *Strukturelle Gewalt* betrifft die multidimensionale Beeinträchtigung von Lebenschancen bzw. Schädigung von Menschen. Die (kaum stattfindende) öffentliche Diskussion struktureller Gewalt- und Tötungskonstrukte

[392] „Ein Qualitätskorrigiertes Lebensjahr (englisch Quality adjusted life year oder QALY) ist eine Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit." http://de.wikipedia.org/wiki/Qualit%C3%A4tskorrigiertes_Lebensjahr
[393] Es sollten nicht nur verlorene, sondern beeinträchtigte Lebensjahre berücksichtigt werden. Es reicht auch nicht, wenn Informationen für einige wenige Experten und Politiker vorliegen, sondern sie sollten in exzellenter Qualität im Internet für alle zur Verfügung stehen.
[394] Die Feststellung ist norm- und kapitalabhängig, d.h. sie dient vor allem den Interessen der Privilegierten.
[395] Verlust an sozialem und ökonomischem Kapital und an Teilhabechancen.
[396] http://www.heise.de/tp/r4/artikel/33/33295/1.html

‚gefährdet' angeblich die rechtlich und anderweitig institutionell ‚gesicherten' semantischen und pragmatischen Felder und wird deshalb von Funktionären für unerwünscht erklärt[397] und somit auch in den Medien und von Wissenschaftlern vermieden[398].

Ein kleiner Exkurs zur ‚normalen' und ‚zivilisierten' strukturellen Gewalt[399]:

Wie funktionieren die Lebensminderungsaktionen in modernen (Post)Demokratien?

1. Regierungen und Großorganisationen der EU, der USA und anderer hochentwickelter Staaten treffen Entscheidungen, die die Verelendung und den frühzeitigen Tod von zehn- oder hunderttausenden Menschen mitbewirken (Gewalt, Hunger, Krankheit etc.).
2. Organisationen, die in der EU, den USA und anderen hochentwickelten Staaten ihr Zentrum haben, lassen durch Schergen ‚Arbeitslager' in Afrika und Asien leiten, in denen systematisch Lebensminderung betrieben wird.
3. Die meisten Menschen in den Täter-Staaten wissen über diese Zusammenhänge nicht Bescheid, wollen nichts wissen oder deuten sie so, dass Widerstand nicht sinnvoll sei.
4. Die von Experten gestalteten Bildungssysteme dieser hochentwickelten Staaten haben folgenden Output: mindestens 90 % der Absolventen sind funktionale Analphabeten bezüglich der Lebensminderungskonsequenzen ihres Alltagsverhaltens und der Aktivitäten der von ihnen gewählten Regierungen (strukturell hergestellte Bildungsarmut).
5. Die meisten Bürger werden politisch passiv gehalten[400] und fühlen sich ohnmächtig.
6. Die meisten Menschen werden von Kindheit an in Stress[401] gehalten, sie haben Angst vor Statusverlust und sind deshalb Konformisten und Opportunisten.[402]
7. Ambivalente Zusatzstützung des *Verblendungszusammenhangs*: Das semantische Feld Sterben wird im Bewusstsein der gebildeten Menschen bestenfalls mit Medienbildern von Krankenhaus, Hospiz, Palliativpflege, Sterbehilfe, Horror im Heim und einem Reflexion behindernden moralischen Töten-Konzept besetzt.

> "Bei metallischen Rohstoffen führt kaum ein Weg an Menschenrechtsverletzungen vorbei." Mit Menschenrechtsverletzungen sind *Lebensverletzungen* gemeint. „ Gegen den Schweizer Rohstoffriesen Glencore – der wohl weltgrößte Rohstoffhändler – wurde der Vorwurf erhoben, im Kongo in Kinderarbeit, Umweltverletzungen und Steuerhinterziehung verwickelt zu sein… Der Konzern expandiert erheblich, er weitet das Spektrum der gehandelten Rohstoffe zunehmend aus, über die klassischen Geschäftsfelder Metalle und Erze nun auch auf Agrargüter. Im vergangenen Jahr konnte er seinen Umsatz um 28 Prozent auf 186 Milliarden US-Dollar steigern, womit Glencore das umsatzstärkste Unternehmen der Schweiz ist… Während man als ethisch bedachter Konsument zum Beispiel entscheiden kann, ob man die Eier aus Boden- oder Freilandhaltung kauft – und so tatsächlich dazu beiträgt, dass Hühner ihr kurzes Leben immerhin im Freien leben –, steht bei Produkten, in denen Glencore drin ist, niemals Glencore drauf. Bei Batterien oder Laptops gibt es keinen Hinweis, unter welchen Bedingungen das Kobalt, Kupfer oder Aluminium rausgezogen wurde."[403]

Wissenschaftlich gesteuert wären die Hauptfronten beim Kampf um Lebensverlängerung und –verbesserung – vor allem von Leben, das Menschen bewusst, kultiviert und differenziert be-

[397] Konservative Wissenschaftler und Meinungsmacher versuchten, Autoren, die den Begriff „strukturelle Gewalt" verwendeten, zu stigmatisieren, indem sie unterstellten, dass diese semantische Gestaltung staatsgefährdende z.B. terroristische Aktionen rechtfertigen würde.

[398] „Structural killing" wird als wissenschaftliches Konstrukt von WissenschaftlerInnen gemieden.

[399] Die *Zivilisierung der Gewalt* im Laufe der Geschichte führte zwar zur Reduzierung unerwünschter Gewaltformen, doch auch zur Verfeinerung und Erfindung von Gewaltformen, die teilweise semantisch verdeckt, von veralteten Rechtskörpern missachtet werden und deren perspektivische Betrachtung durch ‚neue Propaganda' gelenkt wird.

[400] Die politische Passivität ist das Produkt einer mangelhaften Demokratisierung und politischen Sozialisation.

[401] Der gesellschaftlich erzeugte „nicht notwendige" Stress ist eine Form der Lebensminderung, die zwar objektiv bedeutsamer ist als legalisierte oder nicht legalisierte aktive Sterbehilfe, jedoch im normalen thanatologischen Feld und in der Ethik als wissenschaftlicher Disziplin ignoriert wird.

[402] Wie wird kollektiv Angst und Stress erzeugt? Schule, Arbeitslosigkeit, Terrorwahn, Wirtschafts- und Umweltkrisen, Krankheitsmythen, Demenzwarnungen etc.

[403] http://www.heise.de/tp/artikel/36/36801/1.html

gehren – Reduktion der steigenden ökonomischen und sozialen Ungleichheit[404], der Defizite im Gesundheits- und Rechtssystem, der vom Staat und der Privatwirtschaft gestützten gesundheits-, öko- und sozialsystemschädlichen Verhaltensweisen (Stress, Rauchen[405], Alkoholmissbrauch, Fehlkonsum, Finanzspekulation, Auto- und Fernreisesucht, Ausbeutung etc.) und Reform eines auf Herrschaftserhaltung und Selektion ausgerichteten Bildungssystems.

In Untersuchungen der Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft wird von *verlorenen* oder *beeinträchtigten Lebensjahren* gesprochen, d.h. es wird versucht, Indikatoren für eine Verbindung von Lebensquantität und Lebensqualität zu konstruieren. Wenn man von „verlorenen Lebensjahren" spricht, ist der physische Bereich dominant, doch der Ausdruck „beeinträchtigte Lebensjahre" erfordert eine Differenzierung in Physisches, Psychisches und Soziales.

	Physisch	*Psychisch*	*Sozial*
Quantitative Lebensminderung	Phys. Lebensjahre	Psych. Lebensjahre	Soz. Lebensjahre
Qualitative Lebensminderung[406]	Phys. Erkrankung	Psych. Lebensminderung	Mangel an soz. Anerkennung

Abb.10: Physische, psychische und soziale Formen der Lebensminderung

Psychische Lebensjahre können objektiv und subjektiv bestimmt werden. Eine Person kann für sich bestimmen, dass im Dauerkoma (PVS) oder in schwerer Demenz zu verweilen, psychischer Tod bedeute, d.h. dass keine (für sie akzeptablen) psychischen Lebensjahre zu erwarten sind. Theoretisch anspruchsvolle und Kultivierung fördernde Bestimmungen des Bereichs ‚psychisches Sterben' werden in den wirklichkeitsbemächtigenden Systemen Politik, Recht und Medizin derzeit nicht angestrebt. Soziale Lebensjahre könnten ebenfalls objektiv und subjektiv bestimmt werden. Eine Person könnte für sich bestimmen, dass der Tod bestimmter Bezugspersonen oder der Verlust einer Position oder die Verurteilung zu lebenslänglichem Gefängnis für sie sozialer Tod bedeute.[407]

Das Recht fokussiert auf einen Teilbereich, auf physische quantitative Lebensminderung, und hierbei auf *Tötung*, also die sehr schnell erfolgende einem Täter oder einigen wenigen Tätern zuzuschreibende Lebensminderung. Durch diese enge Fokussierung bleiben die anderen Bereiche unterbelichtet, bzw. sie werden arbeitsteilig anderweitig *behandelt* – oder eben nicht behandelt. Komplexe Formen der Lebensminderung werden im Recht und in der Politik unzureichend berücksichtigt. Die diesen Mängeln u.a. zugrunde liegende mangelhafte (sozial)wissenschaftliche Fundierung der Grundlagen der Rechts- und Politiksysteme wird in der Öffentlichkeit entthematisiert.

Viele Formen der Lebensminderung werden als *hinzunehmend* deklariert oder ignoriert, somit geraten manche Formen, die kumulativ schwerwiegende Beeinträchtigung für viele Menschen bewirken, nicht oder kaum in den Blick der Politik, des Rechts oder anderer gesellschaftlicher Systeme.

> Beispiel: Das Institute of Medicine (IOM) schätzte, dass im Jahr 2000 ca. 18.000 Amerikaner deshalb frühzeitig starben, weil sie nicht krankenversichert waren. Die Anzahl der nicht krankenversicherten Amerikaner hat zwischen 2000 und 2008 weiter zugenommen. (Dorn 2008)

---

[404] Ungleichheit und Verarmung führen zu einer Verringerung der Lebenszufriedenheit, also zu gravierender psychischer Lebensminderung (vgl. Böhnke 2009).

[405] „Die Zigarettenmafia kann nur überleben, wenn sie Jugendliche zu Süchtigen macht… Alle EU-Staaten haben schon vor Jahren die Plakatwerbung verboten – nur zwei Länder nicht: Bulgarien und Deutschland… Australien hat im Dezember 2012 die tristbraune Einheitsschachtel eingeführt – keine Kamele mehr … Auf Anhieb ist daraufhin die Zahl der Kinder stark gesunken, die Tabakschachteln als interessant empfinden" (Der Spiegel 31, 25.7.2015, 96).

[406] Wie dieses Konstrukt mit dem gesundheitsökonomischen Begriff „Lebensjahre mit Funktionseinschränkung" korrespondiert, sollte untersucht werden.

[407] Der Umgang mit Einstellungen und Erwartungen, dass das psychische und/ oder soziale Leben ‚abgeschlossen' sei bzw. demnächst zu Ende gehen werde, kann höchst unterschiedlich erfolgen.

Bezüglich des nationalen oder globalen Potenzials der Lebensminderung sind Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe unbedeutsam im Vergleich zu politischen und rechtlichen Mängeln oder zu Tötungsmaschinerien des Militärs und der Rüstungsindustrie oder auch im Vergleich zum Lebensminderungspotenzial des Straßenverkehrs und der Industrie. Die autoritäre und einengende normative Überwachung durch Strafrecht, Bildung, Medien, Politik und Ökonomie ist nicht durch *objektive Risiken* oder *Gefahren*, die von Beihilfe zum Suizid oder aktiver Sterbehilfe ausgehen, zu erklären, sondern durch andere Faktoren.

These 11: Herrschende Akteure versuchen, auch in (Post)Demokratien mit den Mitteln zentralisierte Befehlsgewalt, Zwang, Manipulation, rechtliche und anderweitige Kapitalsteuerung, Kasernierung, Entmündigung und Behinderung von freier Vergemeinschaftung ihre Privilegien und Kapitalvermehrungsquellen zu erhalten – und über Emotionen bearbeitende Akteure und Netze den Eindruck zu verfestigen, als wäre ihnen die Vermeidung von Lebensminderung ein Herzensanliegen.

Eine gravierende Lebens(chancen)minderung, im krassen Fall der Versuch einer „sozialen Tötung", ist ein Handeln, durch das die soziale Existenz eines lebenden oder physisch toten Menschen[408] schwer geschädigt wird.
Wenn ein alter Mensch aus seiner Wohnung in ein Pflegeheim gebracht wird, dann findet meist eine schwerwiegende soziale Verletzung statt, die mit psychischen und physischen Schädigungen verbunden ist (vgl. Raven 2009, 174 ff).

These 12a: Investitionen in die Vermeidung sozialer Lebens(chancen)minderung würden mehr physische, soziale und psychische Lebensjahre retten als in auf Krankheit fokussierte und sie teilweise auch fördernde Vorsorgeuntersuchungen und Sterbeverlängerungstechnologien – und hätten zusätzlich noch kultivierende und demokratisierende Effekte.

Eine Person ist verbunden mit einer Umwelt, mit Räumen, Zeiten, Gegenständen, Personen etc. Mit Latour (2007) könnte man sagen: sie ist Teil von „Hybriden", Netzwerken und ‚Beziehungen'[409]. Wird sie herausgerissen, dann kann sie so verletzt werden, wie wenn man sie physisch quält und psychischen Terror auf sie ausübt. Ein großer Teil der Transferierung von alten und kranken Menschen in Organisationen dient primär diesen Organisationen und den Professionellen, d.h. bessere gesundheits- und zufriedenheitsbezogene Effekte wären preiswerter durch flexible und ambulante Systeme und pädagogisch-medizinisch-politische Maßnahmen von früher Kindheit an erreichbar.

Soziale Lebensminderung betrifft nicht nur einzelne menschliche Organismen, sondern Netzwerke, Gemeinschaften, Staaten, Ethnien und andere Lebenskontexte.

Besonders gravierende Lebensminderung durch Vertreibung und Genozid kann man als „Zusammenschnüren des sozio-ökonomischen Raums" beschreiben (Midlarsky 2005, 86). Gerade zur Unterscheidung des Genozids von anderen Formen des massenhaften Tötens (vgl. Gleichmann/ Kühne 2004) erweisen sich die Begriffe „soziales Sterben" oder „soziales Töten" als brauchbar:

> „If social death is central to the harm of genocide, then it really is right not to count as a genocide the annihilation, however heinous, of just any political group" (Card 2007, 25).

Lebenschancen von Populationen wurden oft durch Eingriffe für lange Zeit und viele Generationen verringert. Durch das menschenverachtende belgische Regime im Kongo am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden die Lebenschancen der Bevölkerung bis jetzt gravierend beeinflusst. Dies ist nur ein Beispiel. Wenn man die derzeitige Weltlage betrachtet,

[408] In verschiedenen Kulturen und Staaten wurde von Machthabern radikal versucht, die Erinnerung an verhasste Tote auszulöschen oder ihre Weiterexistenz im Jenseits zu verhindern.
[409] Hier ist ein geweiteter Begriff von ‚Beziehung' gemeint (vgl. Latour 2009).

dann erkennt man, dass die globalen Machteliten[410] ein gewaltiges Experiment des physischen und sozialen Tötens unbeabsichtigt (?) betreiben, dessen künftiger Output äußerst ungewiss ist. Um die eigenen Lebensstile und -lagen nachhaltig zu sichern, d.h. zumindest für zwei bis drei Generationen, verschlechtern die globalen Eliten und ihre Anhänger die Lebenschancen von Milliarden jetzt und in naher Zukunft lebender Menschen.

These 12b: Lebensstile sind immer auch Tötungsstile[411]: Kapitalakkumulation, Konsumwahn, Raum- und Zeitraub, Energieverschwendung, Wachstumswahn, Ruhmsucht, Privatauto, Yacht, Fernreisen, Wohn- und Essensluxus, etc.

Eine prekäre Verbindung von physischem und sozialem Sterben wird durch die Unterscheidung zwischen dem „nackten Leben" und der „politischen Existenz" (Agamben 2002) angesprochen. Agamben zeigt, dass durch den Verlust der politischen Existenz, also der sozialen Anerkennung durch Herrschaftsinstanzen, Personen auf das nackte Leben reduziert werden, im Extremfall in Konzentrationslagern. Allerdings kann das nackte Leben rechtlich geschützt oder ungeschützt sein. Der rechtliche Schutz des nackten Lebens, z.B. durch Verfassungen, bietet eine begrenzte Garantie, innerhalb eines Rechtsstaates auch bei sozialer oder psychischer Lebensminderung normgerecht behandelt zu werden. Die meisten Menschen leben allerdings nicht in solchen funktionierenden Rechtsstaaten.

Direktes physisches Töten wurde in den hochentwickelten Staaten immer mehr vermieden und abgelehnt, doch soziale Lebensminderung wurde und wird in differenzierter Weise institutionalisiert und gefördert.
„Da in modernen Gesellschaften starke innere und äußere Barrieren gegen das physische Töten errichtet wurden, doch aggressive Ziele und die Konkurrenz um knappe Ressourcen nach wie vor hohe Priorität besitzen, wurde das physische Töten in soziales Töten, bzw. die physische Gewalt in strukturelle Gewalt transformiert." (Feldmann 2004a, 160)

These 13a: Die moderne globale Ökonomie, die sich historisch parallel zur Verringerung des brauchbaren Kriegspersonals der Herrenstaaten (vgl. Heinsohn 2003) entwickelt hat, ist die derzeitige Königsmethode des sozialen Tötens und der rationalen Lebensminderung.[412]

Die Gesamtbilanz der ökonomisch gesteuerten Lebens- und Todesproduktion der vergangenen zwei Jahrhunderte zu erstellen, wird kaum möglich sein. Doch sie wird wahrscheinlich vorläufig, wenn auch nicht nachhaltig, positiv sein, d.h. mehr gewonnene als verlorene Lebensjahre.

These 13b: Kostengünstige und herrschaftsverträgliche Formen der Lebensmehrung und -minderung werden durch Modernisierung, Ökonomisierung, Verrechtlichung, Verwissenschaftlichung und technologische Verfeinerung global optimiert und perfektioniert. Die Konsumkultur und das ‚Wachstum'[413] der reichen Gruppen und Organisationen beruhen u.a. auf einer Lebensminderung, die hauptsächlich von dieser Konsumkultur (fast) nicht profitierende Lebewesen betrifft. Die globale Lebensminderung findet in den privilegierten Staaten zu wenig Aufmerksamkeit, während periphere Aspekte des Lebens- und Sterbefeldes mit hohem ökonomischen, sozialen und kulturellen Aufwand erforscht, bürokratisch verregelt, propagandistisch instrumentalisiert und ethisiert werden.

---

[410] Macht- oder Herrschaftseliten: ein schwieriger und umstrittener Begriff. Man kann darunter Personen, Gruppen und Organisationen verstehen oder Felder und dominante Habitusformationen.

[411] *Tötungsstil* wird bisher fast ausschließlich als Spielbegriff verwendet. Der Ausdruck Lebensminderungsstil wäre informativer: Die lebensstilgemäße Handlung schlägt in der nationalen Ökonomie positiv zu Buche, in der globalen Lebensbilanz jedoch negativ.

[412] Ein kleiner Hinweis: http://www.heise.de/tp/blogs/8/152440

[413] Der Ausdruck „tödliches Wachstum" bezieht sich in Texten auf Krebszellen, nicht auf die Folgen der Entscheidungen von Regierungen der reichen Staaten oder anderer globaler Megaspieler.

Menschenrechte und Lebensminderung
In den westlichen Medien wurden in den vergangenen zwanzig Jahren die chinesische politische Klasse häufiger wegen Menschenrechts- und Lebensverletzungen angeprangert als die indische politische Klasse. Als Indikatoren wurden z.B. Grad der Demokratisierung, Niederschlagung von Revolten, Verurteilung von politischen Abweichlern und Gebrauch der Todesstrafe verwendet. Doch die durch die indische politische Klasse verursachten faktischen Menschen- und Lebensverletzungen sind in den vergangenen zwanzig Jahren eindeutig gravierender als die der chinesischen politischen Klasse, wenn man bedeutsamere Indikatoren auswählt: Verringerung des Anteils der Unter- und Mangelernährten und der unterdurchschnittlich mit healthy life years Gesegneten an der Bevölkerung.
Ein weiterer Hinweis: In Saudi-Arabien werden immer wieder legal Hände und Köpfe abgehackt, was zu den üblichen heuchlerischen Kommentaren von Politikern und Journalisten des Westens führt. Dagegen werden die durch dem staatlichen Überwachungspersonal bekannten Kapital- und Statusträger veranstalteten und durch Spitzenpolitiker ‚demokratisch und rechtsstaatlich legitimierten' Gladiatorenkämpfe oder besser Tierhetzen in den globalen Arenen, bei denen Millionen um ihr Leben rennen, betteln, töten und sich verstümmeln müssen, verfolgt von Bütteln der superreichen Personen und Organisationen, offiziell und von den Massenmedien nicht als den Großtaten des 20. Jahrhunderts ebenbürtige Menschenrechtsverletzungen verbucht und offen gelegt.

Lebensverkürzung

These 13c: Die meisten Menschen in den reichen Staaten leben und sterben wahrscheinlich mit der Gewissheit, dass sie keinen Menschen getötet, und vielleicht auch mit der Annahme, dass sie kein menschliches Fremdleben verkürzt haben. Diese Annahmen sind weitgehend Illusionen, bzw. schlicht falsch.

Lebensverlängerung und –verkürzung finden weltweit alltäglich millionenfach statt, freilich in der Regel nicht thematisiert, nicht kategorisiert und nicht evaluiert. Lebensverkürzung wird häufig ohne ‚Absicht' betrieben. Die beabsichtigte oder ‚in Kauf genommene' Lebensverkürzung wird je nach kulturellem, politischen, rechtlichen und ökonomischem Kontext von Menschen unterschiedlich beurteilt. Doch in den öffentlichen Diskursen und in weiten Teilen der ‚Wissenschaft' wird das Problem ideologisiert, d.h. es werden keine wissenschaftlichen Kriterien angemessenen Daten erhoben bzw. verwendet und es werden keine anerkennenswerten Theorien eingesetzt. Die feldspezifische doxa oder Ideologie wird auch von Wissenschaftlern und Intellektuellen fast immer akzeptiert, so dass eine unkritische Haltung auch in den ‚oberen Kulturetagen' dominiert. In den friedlichen reichen Staaten werden sorgfältig durch hierarchische Filter ausgewählte Ereignisse der Lebensverkürzung stilisiert und präsentiert, während der Mainstream und viele Nebenflüsse der physischen, psychischen und sozialen Lebensminderung dem ‚Schicksal', dem ‚Markt' und der ‚Selektion' überlassen werden. Über real existierende Lebensverkürzung kursiert stilles, verschwiegenes, unentwickeltes und ausbeutbares Kümmerwissen, das Angst und Unsicherheit verbreitet, die für die Herrschaftserhaltung benötigt wird. Die schütteren Thematisierungen in medizinischen, juristischen, philosophischen und theologischen Schriften sind mit wenigen Ausnahmen durch Undifferenziertheit, Camouflage, Reflexions- und Empiriemängel, Ritualisierung und methodologische Rückständigkeit gekennzeichnet. In bioethischen Schriften wird das Thema Lebensverkürzung nur ganz eng behandelt; diese Thematisierung wird durch rituelle Aussagen der juristischen und medizinischen Funktionäre in die Öffentlichkeit getragen.
Ein kleiner Bereich der sozial produzierten Lebensverkürzung wird von *moral entrepreneurs* dramatisch aufbereitet: Der explizite Wunsch von (unterprivilegierten) Klienten nach Lebens-

verkürzung in Organisationen wird derzeit als abweichend bezeichnet. Als Rechtfertigung der rechtlich gestützten ungleichheitsfördernden Intoleranz wird eine philosophisch, juristisch, theologisch und medizinisch gemixte Sammlung von Leitsprüchen in Form von Legitimationsritualen geliefert und als ethischer oder moralischer Konsens ausgegeben. Eine Verkürzung des physischen Lebens anderer Personen ist rechtlich verboten, jedoch wird nur ein Bruchteil des betreffenden Ereignisbereichs grob und sozial selektiv, d.h. privilegierend und diskriminierend, registriert, überwacht und juristisch ‚aufbereitet'.

Einige Formen der Verkürzung des eigenen oder fremden psychischen Lebens sind erlaubt, allerdings ist die selbstbestimmte Nutzung dieser Möglichkeiten vom Kapital der betroffenen Person und anderen Bedingungen abhängig. So darf entschieden werden, dass eine Person soweit sediert oder bewusstseinsreduziert wird, dass sie keine Schmerzen empfindet und der Körper nur mehr mit einer stark reduzierten personalen Identität versehen ist. Diese Medizin- und Rechtslage steht in einem Spannungsverhältnis zu grundsätzlichen ‚humanistischen Werten', die dem (Selbst)bewusstsein, bzw. dem psychischen System, einen höheren Wert zubilligen als dem physischen System.

Situationsbeschreibung: In Organisationen, in denen Schwerkranke und Sterbende versorgt werden, wird permanent Lebensverlängerung und –verkürzung betrieben, wobei durch rechtliche und medizinische Normierungen der Eindruck erweckt und die doxa bestärkt wird, dass die legitimen Formen der Lebensverlängerung und –verkürzung von den nicht-legitimen klar abzugrenzen sind. Aufgrund des wissenschaftlich-technischen Fortschritts werden diese Lebenseingriffe immer besser messbar – Beobachtungen und Messungen werden freilich vermieden und – wenn welche durchgeführt wurden – werden sie geheim gehalten oder umgedeutet.

In der Hospiz- und Palliativliteratur wird in Variationen das paternalistische Postulat aufgestellt: *keinesfalls Leben verkürzen und nicht unnötig Leben verlängern*.[414] Diese Handlungsaufforderung ist nicht erfüllbar. Welchen Zweck haben nicht erfüllbare Handlungsaufforderungen?[415] Es handelt sich um klassische Machtmittel. Der Handelnde ist damit von der Gnade der Herrschaftsträger abhängig. Er bleibt grundsätzlich fremdbestimmt und schuldbeladen. Diese spezielle Handlungsaufforderung hat freilich noch die Aufgabe, eine herrschaftsfreie Dienstleistung vorzutäuschen, in der Gewalt definitionsgemäß ausgeschlossen ist.

Prognose: Der Wunsch nach selbstbestimmter lebensqualitätsgesteuerter Lebensverkürzung wird von überdurchschnittlich Gebildeten in zunehmendem Maße als normal angesehen werden, ebenso wie der nach Lebensverlängerung. Die Wünsche werden auch in Zukunft kontext- und gruppenspezifisch kontrovers beurteilt, jedoch wird ein Toleranzraum geschaffen, in dem Menschen ihre Wünsche verwirklichen können – wenn sie über ein gewisses Minimalkapital verfügen. Derzeit ist der Handlungsraum für organisatorische Lebensverlängerung und –verkürzung in den meisten Staaten im Interesse des Leitungspersonals gestaltet und geordnet, doch die Klientenorientierung wird sich allmählich verstärken.

Gewalt

Ein weiteres Element des Begriffsfeldes, zu dem Lebensminderung, -verkürzung und Töten gehört, ist das bereits diskutierte schillernde Konstrukt *Gewalt*.

Von den vielen Definitionen von Gewalt wähle ich eine aus:

---

[414] WHO: palliative care "intends neither to hasten or postpone death". http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Weiteres Beispiel: „Hospize setzen sich für ein möglichst natürliches Sterben ein, dazu gehört weder das Angebot einer vorschnellen Lebensverkürzung noch das einer künstlichen Lebensverlängerung" (Wilkening/ Kunz 2003, 33).

[415] „Man gehe die einzelnen moralischen Aufstellungen der Urkunden des Christentums durch, und man wird überall finden, dass die Anforderungen überspannt sind, damit der Mensch ihnen nicht genügen *könne*; die Absicht ist nicht, dass er moralischer *werde*, sondern dass er sich *möglichst sündhaft* fühle" (Nietzsche 1906, Bd. 3, Nr. 141, 148).

„Gewalt meint eine Machtaktion, die zur absichtlichen körperlichen Verletzung anderer führt“ (Popitz 1992, 48). Die Definition kann ausgeweitet werden: statt „eine Machtaktion“ schlicht „Aktionen“, statt „absichtliche körperliche Verletzung“ umfassender „Lebensminderung“. *Gewalt meint Aktionen, die zur Lebensminderung anderer führen.* Um die Definition für verschiedene Zwecke brauchbar zu machen, müssen dann jeweils Lebensminderungsbereiche und -grenzen operationalisiert werden. Außerdem ist die Definition von Popitz zu sehr auf Gewalt als punktuelles Ereignis gerichtet, doch Gewalt soll als Prozess begriffen und untersucht werden.

Popitz und andere Wissenschaftler (z.B. Peters 2009, 51) vertreten die Ansicht, dass nur physische oder körperliche Beschädigung als Gewalt gelten soll. Doch sie berufen sich dann bei der Operationalisierung in der Regel auf die jeweils geltenden Rechtsvorschriften, die bekanntlich nicht wissenschaftlich sondern herrschaftlich produziert werden, oder auf schon vorhandene ‚bewährte’ Operationalisierungen. Wenn jedoch Operationalisierungen der Begriffe *körperlich* oder *physisch* durchgeführt werden, dann müssen harte Grenzen zu *psychisch, sozial* und *symbolisch* gezogen werden – ein schwieriges in Forschungsvorhaben meist vermiedenes Unterfangen.

Die WHO hat eine *Typologie der Gewalt* veröffentlicht[416], die allerdings Schwächen zeigt. Die vier *modes physical, sexual, psychological* und *deprivation* sollten aus theoretischen Gründen durch drei ersetzt werden: physisch, psychisch und sozial. Außerdem ist der Begriff *intentional* problematisch und lädt zum Missbrauch ein. Ferner sollten die drei Subtypen *self-directed, interpersonal* und *collective* durch einen weiteren Typus ergänzt werden: *structural*.[417] Ferner ist *larger groups of individuals* durch *and organisations* zu ergänzen[418].

Gewichtige Gründe für die Differenzierung des Gewaltbegriffs betreffen die Sensibilisierung für wenig transparente Formen der personalen und strukturellen Gewalt und das Sichtbarmachen der immer exzellenter verdeckten Begünstigung der Gewaltausübung durch Privilegierte – vor allem in den hochentwickelten Demokratien. Nunner-Winkler (2004) nennt Komponentenfragen des Gewaltbegriffs: wer – was – wem? Die Beantwortung solcher ‚einfacher Fragen’ wird in einer globalen vernetzten Welt immer schwieriger. Eine Differenzierung des Gewaltbegriffs kann nach Schwere der Verletzung, nach Grad der Absicht, nach Anzahl der Betroffenen, nach hierarchischer Position der Täter, nach Systemrelevanz usw. erfolgen.

Hier können die semantischen und sozialstrukturellen Felder, in denen Gewalt eine prominente Rolle spielt, nicht fundiert analysiert werden. Diskursaspekte sind u.a.: Ausbeutung, Unterdrückung, Benachteiligung, Diskriminierung, Exklusion, Marginalisierung, Degradierung, Entwürdigung, Ohnmacht bzw. Machtlosigkeit, Hilflosigkeit, Hunger, Krankheit. Absolute Armut, die weltweit Hunderte Millionen trifft, ist ein Ergebnis und eine Quelle struktureller Gewalt und eine Produktionsstätte für physische und soziale Lebensminderung (vgl. Ziegler 2003; Pogge 2007; Roberts 2010).

Früher, d.h. noch im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts, mussten herrschende Gruppen und Organisationen der hochentwickelten Länder mehr mit direkter physischer, sozialer und psychischer Gewalt ausbeuten, heute haben sie größere Ausbeutungserfolge mit indirekter struktureller und symbolischer Gewalt, die von den modernen ökonomischen, politischen und rechtlichen Systemen begünstigt wird, z.B. vom internationalen Finanzsystem[419]. Das physi-

[416] http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/index.html

[417] *Interpersonal* und *collective* könnte auch zu einem Subtyp zusammengefügt werden.

[418] Es ist charakteristisch für die Wissenschafts- und Demokratisierungsmängel der WHO und anderer internationaler und nationaler Großorganisationen, dass Operationalisierungen autoritär und alternativenlos gesetzt und ins Netz gestellt werden.

[419] Dass das internationale Finanzsystem viele Menschen tötet, wurde etwa von dem englischen Labourpolitiker Livingstone behauptet. Während man die Atomkraft noch ‚rechtzeitig’ reguliert hat, hat man dies beim Finanzsystem versäumt, so dass es inzwischen vielleicht global bezüglich Lebensbedrohung gefährlicher als ein möglicher Atomkrieg geworden ist. Doch gründliche Untersuchungen zu diesem Thema werden selbstverständlich nicht finanziert bzw. nicht veröffentlicht.

sche Töten wurde in soziales Töten transformiert, eine ‚humane' Mittelveränderung, während die leitenden ökonomischen Ziele unverändert blieben.
Die Folgen sind für viele nicht weniger gravierend: frühzeitiger Tod, starke Lebensminderung, starke Lebensqualitätsverschlechterung bzw. keine -verbesserung.
Die hochkultivierten und professionellen Täter bzw. Akteur-Netzwerke bleiben sowohl für die Opfer als auch für die „überwachende Öffentlichkeit" unerkannt bzw. unerreichbar.

Ein funktionierendes *Gewaltmonopol* des Staates ist eine relativ junge Errungenschaft in der Geschichte der Menschheit, derzeit nur in einem Teil der Staaten stabilisiert. Es hat in Friedenszeiten zu einer Senkung der Gewaltanwendung in den meisten entsprechenden Kollektiven im Vergleich zu früheren Zeiten geführt. Damit hat auch das direkte Töten i.e.S. abgenommen (vgl. Pinker 2011). Doch gleichzeitig hat sich das Nehmen und Geben von Leben differenziert und die Lebens- und Sterbeungleichheit ist erhalten geblieben, ja hat teilweise zugenommen. Außerdem ist als ‚Nebenwirkung' das Tötungs- und Gewaltpotenzial bzw. –kapital der Staaten gestiegen, was sich bekanntlich im 20. Jahrhundert katastrophal ausgewirkt hat.

Trotz bzw. auch wegen (!) der insgesamt gelungenen Zivilisierung finden direkte und indirekte Gewalt und psychosomatische Verletzungen auch in hochentwickelten gesellschaftlichen Systemen häufig statt, ohne dass systematische Evaluationen stattfinden. Rechtliche und bürokratische Maßnahmen[420], ärztliche Eingriffe und in Krankenhäusern und Heimen vom Personal durchgeführte Behandlungen von kranken und sterbenden Personen[421] haben Anteile an Gewalt und Misshandlungen, wobei nicht einmal grobe Schätzungen vorliegen, da die ‚Verantwortlichen' Intransparenz wünschen und durchsetzen können. Medizinische und pflegerische Systeme arbeiten mit einer Pauschallegitimierung von Gewaltanwendung, die durch rechtliche Kontrollmöglichkeiten nur partiell in Frage gestellt werden kann. Vor allem ist auch die herrschende doxa bezüglich medizinischer Eingriffe Gewalt akzeptierend eingestellt.

These 13d: Auch in den hochzivilisierten Staaten existieren institutionalisierte Gewaltbereiche, die vielen Menschen unnötig Leid bereiten: medizinische Behandlung, Heime, Gefängnisse, Schulen und andere Organisationen, in denen die Gewalt Ausübenden durch ‚Mauern' und Exklusionsmechanismen vor Transparenz und Strafverfolgung geschützt sind.
These 13e: Die in die ‚Öffentlichkeit' dringenden Informationen über gesellschaftliche Gewalt sind höchst selektiv, haben viele Filter durchlaufen. Folglich ist das Gewaltbewusstsein der meisten Menschen, das durch diese ‚Informationen' geformt ist, verzerrt, stereotyp, unreflektiert etc.
These 13f: Herrschaftsinteressen, das Todes- und Gewaltbewusstsein der Mehrzahl der Menschen in seinem Zustand, der immer mehr mediengesteuert wird, zu belassen oder in partikulare Interessenkanäle zu lenken und kritische Bildung zu vermeiden, sind dominant und werden von Instanzen aus der Wissenschaft und anderen Bereichen der ‚Aufklärung' nicht wirksam angegriffen.

Galtung (1971, 62) versuchte, den Gewaltbegriff systemtheoretisch auf die globale Gestaltung von Lebenschancen zu beziehen. Man kann parallel zum Begriff „strukturelle Gewalt" von Galtung einen Begriff *„strukturelles Sterben (machen)"* bilden, d.h. Sterben wird gemacht, darf aber nicht als gemacht erscheinen. Der Gewaltbegriff ist im modernen Alltags- und auch Rechtsverständnis mit dem Konstrukt *Akteur* verbunden, einem Sammelbegriff für Personen,

[420] Gewalt geht oft auch von ‚Klienten' aus, wobei Kontextfaktoren, die organisatorisch bedingt sind, eine entscheidende Rolle spielen.
[421] Als Gewalt kann man auch eine medizinische Weiterbehandlung ansehen, wenn *gemäß wissenschaftlicher Erkenntnis* kurative Maßnahmen die Lebenschancen nicht mehr verbessern oder wenn sie nicht den Bedürfnissen und Interessen der betroffenen Person entsprechen, doch die Chancen, dass ‚Täter' in derartigen Missbrauchsfällen in das Scheinwerferlicht der Wächter geraten, sind extrem gering.

Gruppen oder Organisationen und andere soziale Gebilde[422]. Das *normale Sterben* wurde zwar in vielen traditionellen Kulturen doch nicht in modernen Gesellschaften primär akteursgesteuert konzipiert. Die Akteursreinigung des in den meisten Kulturen akteursverseuchten Begriffs Sterben ist ein Ergebnis der abendländischen Kulturentwicklung, wobei Christentum und *Aufklärung* unbeabsichtigt gemeinsam wirkten. Im Christentum wurde zwar der einzelne als Akteur moralisierend hochstilisiert, doch beim Herrschen sollte er dem Herrscher und beim Sterben sollte er Gott das Feld überlassen. In der Aufklärung wurde der einzelne ebenfalls aufs Podest gehoben, doch beim „natürlichen Sterben“ sollte die „Natur“ walten. Die christlichen Funktionärsideologien haben diesen scheinbar naturwissenschaftlich begründeten neomythischen Naturbegriff annektiert. Trotz dieser normativen Naturalisierung[423] ist das moderne Alltagsfeld Sterben faktisch von Akteuren bevölkert. Viele Menschen sind sich – allerdings meist nur innerhalb ihres sozialen Mikrosystems – dessen partiell bewusst, dass sie selbst und andere Personen mitwirken, und zwar sowohl bezüglich der Sterbequantität (Lebens- und Sterbelänge) als auch der Sterbequalität. Ihre Zuschreibungen mögen durch Vorurteile, Stereotype, Heuristiken, Schemata, Skripte, Fehlinformationen, Emotionen, Technologien etc. geformt sein, doch es handelt sich um Wirklichkeitskonstruktionen, die in Konkurrenz zu den rechtlichen, medizinischen oder anderen professionellen Modellen ihren gesellschaftlichen Platz behaupten. In Luhmannscher Systemmanier werden sie meist von der Medizin und dem Recht missachtet, marginalisiert oder bestenfalls als Irritationen ‚transformiert’.

> „Auf jeden Fall gilt das „natürliche Sterben“ mit Zertifikat als Ideal, weil man dann keine Strafverfolgung oder unangenehmen Fragen befürchten muss. Folglich werden Mörder, Hinterbliebene von Selbstmördern, Ärzte in Krankenhäusern usw. versuchen, das finale Ereignis als „natürliches Sterben“ darzustellen bzw. zu maskieren“ (Feldmann 2008a, 174).[424]

Dörner und andere haben immer wieder vor der ‚Gewalt aus Mitleid’ gewarnt, doch dass sie durch ihre selbstbestimmungsfeindlichen und realitätsfernen Diskurse keineswegs das Idyll der wunderbaren Pflege realisieren können, sondern die Stützung der strukturellen Gewalt und der Ökonomisierung der Pflege und des Sterbens betreiben, wollten sie nicht sehen.

Es ist bekannt, dass bei der Pflege in Familien und Pflegeheimen große Dunkelfelder der Gewalt bestehen[425]. Doch wo, wie und welche Gewalt ‚entdeckt’ wird, hängt von den Interessen und ideologischen Positionen der Entdecker ab. Dörner (2007, 208) schreibt Gewalt der modernen aktiven Sterbehilfe zu, nicht jedoch der Medikalisierung und Pflege, vor allem der „Pflege bis zuletzt“. Faktisch findet jedoch Gewalt, physische, psychische und soziale Unterdrückung, Entwürdigung und Lebensminderung von Menschen, in größerem Ausmaß bei Pflege und Therapie statt und nicht durch aktive Sterbehilfe, gleichgültig ob sie legalisiert oder nicht legalisiert ist.

Überlegungen zur Todesproduktion[426]

Ein moderner Mythos lautet: Es gibt zwei unvereinbare Tode, den *natürlichen Tod*, „friedliches Verlöschen nach ungestörtem biologischen Lebensvollzug“ (Fuchs 1969, 227) und den *gewaltsamen Tod*. Der natürliche Tod erfolgt gemäß dieser Konzeption nach dem Ablaufen der Lebensuhr, wobei die naturwissenschaftliche Stellung der Uhr naturalisiert, die soziotechnische Stellung abhängig vom Kapitalbesitz des Kollektivs und der Person betrieben und die herrschaftliche Stellung verschleiert wird. Ein wenig befangener Beobachter könnte fol-

---

[422] Vgl. die Erörterung von Akteurmodellen bei Schimank (2010, 44 ff).

[423] Vgl. zu der philosophischen Diskussion um „Natürlichkeit“ Birnbacher (2006a).

[424] „Die Unterscheidung nicht-natürlicher von natürlichen Todesursachen ist der Versuch, solche Todesursachen von den natürlichen abzugrenzen, für die niemand zur Verantwortung gezogen werden kann“ (Wuermeling 2010, 112).

[425] Vgl. http://www.pflegewiki.de/wiki/Gewalt_in_Pflegebeziehungen
http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege_saarland/literatur/pdfs/gewalt_03.pdf

[426] Der Begriff *Todesproduktion* ist einerseits neutral, doch faktisch wurde er bisher nur im Sinne der Produktion des *gewaltsamen* Todes, und auch da wieder spezifisch auf Krieg, Genozid und ähnliche Massenvernichtung eingeschränkt verwendet.

gende Beschreibung liefern: Sterben wird gesellschaftlich produziert und der Tod wird dann mit Hilfe von rechtlich und medizinisch vorgeschriebenen Ritualen und gemäß partikularen Interessen als natürlich oder nicht natürlich (= gewaltsam) eingestuft.

Die überwiegende Mehrzahl aller Organismen ist wahrscheinlich bisher eines *frühzeitigen Todes* gestorben. Eine objektive biologische Bestimmung von frühzeitig wäre: vor der Geschlechtsreife. Auch für den homo sapiens gilt dieses ‚Naturgesetz' und ob und in welchem Ausmaß es für bestimmte Kollektive außer Kraft gesetzt wurde und wird, hängt von sozialen Eingriffen und Definitionen ab.[427] Dass heute in den reichen Staaten die Mehrzahl der geborenen Menschen nicht *frühzeitig* sterben, ist kulturell hergestellt. Wenn nun behauptet wird, dass die meisten wohlhabenden Menschen *natürlich* sterben, dann wird der Begriff *natürlich* zur Verbreitung von Ideologie genutzt. In der modernen kapitalistischen Weltgesellschaft werden Sterben und Tod weitgehender und umfassender hergestellt als in allen anderen Kulturen. Doch die Herstellung von Sterben und Tod gehörte in allen Hochkulturen zu den Topaktivitäten. Folglich handelt es sich um einen Höhepunkt des künstlichen, artifiziellen oder zivilisierten Todes, nicht des natürlichen Todes.

Das absichtliche radikal lebensverkürzende *Sterben machen* wurde in menschlichen Kollektiven stark geregelt: Totschlag, Mord, Todesstrafe, Notwehr, Krieg, Opfer etc.
In allen Kulturen gab und gibt es Gebote und Verbote für das *Leben verlängernde und verkürzende Sterben machen* und ungeregelte Zonen. Auch das *Leben machen* wurde in den meisten Kulturen geregelt (Heiratsregeln, Trennung der Geschlechter, Abtreibung, Kindestötung etc.), wobei die Normierungen häufig umkämpft waren, d.h. die geltenden Regelungen für Leben und Sterben machen hingen von den jeweiligen Herrschaftsverhältnissen ab.

In vielen traditionalen Kulturen wurde in der Mehrzahl der Todesfälle die Frage gestellt: *Wer hat es getan?* In einer modernen Gesellschaft wird diese Frage nur mehr in einer Minderheit der Fälle gestellt. Somit wurden in vorindustriellen Kulturen viel mehr Todesfälle als „gewaltsam" verursacht vermutet und festgestellt, als dies in einer modernen Gesellschaft der Fall ist (vgl. Feldmann 2004a, 43 f). Es bestehen allerdings semantische Vergleichsprobleme, da die modernen Bezeichnungen natürlich, unnatürlich, gewaltsam, Ursache, Schuld etc. schon im westlichen Kulturbereich nicht eindeutig sind und in anderen Kulturen weitere Bedeutungsdifferenzen hinzukommen.

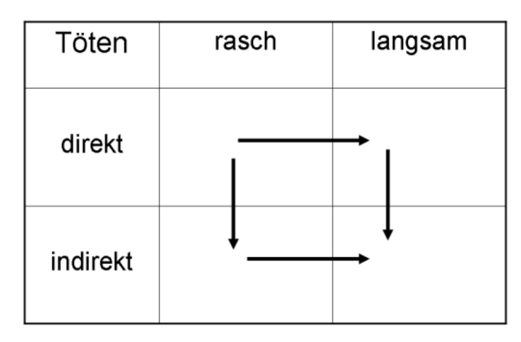
In traditionalen Kulturen trat tatsächlich der gewaltsame Tod i.e.S. häufiger auf, doch trotzdem ist in modernen Gesellschaften der Tod häufiger (fast immer!?) *gemacht*, sozial produziert als in traditionalen Kulturen. Somit könnte in modernen Gesellschaften die Frage gestellt werden: *Wie wurden Sterben und Tod gemacht?* Sie wird allerdings in der Regel nicht oder nur im Rahmen der vorgeschriebenen Normen, machtsemantischen Regeln und Routinen gestellt und beantwortet.

Je mehr Ressourcen und Kapital eine Kultur zur Verfügung hatte, umso zivilisierter war ihre Oberschicht und umso umfassender und tiefgehender wurde *Lebensmehrung und –minderung* betrieben, psychisches, soziales und physisches Leben reguliert und auch gezielt vernichtet. Die römischen, britischen, deutschen, japanischen, französischen und chinesischen Reiche, die USA und die Sowjetunion haben gewaltige ‚Maschinen' zur Lebensregulierung und Tötung entwickelt und erprobt.
Manche schreiben der westlichen Kultur die meisten Massentötungen der vergangenen Jahrhunderte zu. Doch zweifellos hat diese westliche Kultur auch eine bisher unbekannte Vermehrung der Menschen und eine Lebensqualitätssteigerung auf breiter Basis mitbewirkt. Folglich könnte man bilanzieren und käme wohl auf eine positive globale *Lebensbilanz*. Allerdings ist

[427] Wenn man homo sapiens ab der Empfängnis als „Organismus", „Mensch", „rechtlich unterschiedslos schützenswertes Wesen", „Person" etc. definiert, dann kommt man auf andere Verhältniszahlen, als wenn man homo sapiens erst ab der Geburt oder ab seiner sozialen Anerkennung („sozialen Geburt") in die Kalkulation einbezieht.

das Bilanzieren in diesem Bereich verpönt, es gilt manchen als unmoralisch, unethisch oder rechtlich verboten[428]. Warum gilt es als unethisch? Gefährdet es Herrschaft allgemein, die ‚herrschende Moral' oder bestimmte professionelle bzw. privilegierte Gruppen?[429] Jedenfalls ist aus der Geschichte erkennbar, dass Lebensmehrung und –minderung und damit auch Ereignisse des Tötens mit divergierenden Bedeutungen und Bewertungen versehen wurden.

Elias, Foucault und andere haben differenzierte historische Nachweise geliefert, wie in der westlichen Welt das direkte rasche Töten (innerhalb von Staaten) erfolgreich zurückgedrängt wurde[430] und Legitimation von Herrschaft eher durch *Versprechen* der Lebensverlängerung und Lebensqualitätsverbesserung und weniger durch Tötungsdrohungen[431] aufrecht erhalten wird.



Das Gewalt- und Todesmonopol des Staates ist gefestigt[432], im Kriegsfall werden Individuen für das Kollektiv geopfert, aufwendiger Lebensschutz wird denjenigen gewährt, die Herrschaftsträgern und wichtigen Organisationen angepasst dienen. Staaten zeigen ihre Stärke, wenn sie eigene Bürger im Ausland aus Todesgefahr retten. Die reichen Demokratien haben das Töten gegen den Willen einer Person innerhalb ihrer Staatsgrenzen weitgehend minimiert.

In dieser Welt der wirksamen staatlichen Gewaltkontrolle haben nur wenige Personen Primärerfahrungen mit Töten im engen rechtlichen Sinne, doch fast alle verfügen über Sekundärerfahrungen durch die Medien. Wie sieht nun die Begriffsverwendung in einer solchen Population aus: Da es für den einzelnen, der sich als Voyeur dem Thema kognitiv und affektiv widmet, höchst unwahrscheinlich ist, dass er zum Mörder oder Totschläger im Sinne des Strafrechts wird, hat er wahrscheinlich ein großes vielfältig gestütztes Interesse, die Fremdtötung im eigenen Provinzkulturraum und – bei entsprechender kunstvoller Ausführung – auch darüber hinaus zum ungeheuerlichen und möglichst genussvoll dargestellten Verbrechen hochzustilisieren.

Dagegen besteht kaum ein persönliches, politisches oder mediales Interesse, die quantitativ im Vergleich zu den dokumentierten Morden viel bedeutsamere Lebensminderung durch politische und wirtschaftliche Entscheidungen, kulturelles Brauchtum, Habitus, Konsum und luxu-

---

[428] Ein typisches rechtsdogmatisches und empiriefeindliches Argumentations- und Forschungsverbot: „In quantitativer Hinsicht verbietet das Lebensrecht die Saldierung der geopferten Menschenleben auf der einen Seite und der geretteten Leben auf der anderen Seite. Das hat seinen Grund im Eigenwert des menschlichen Lebens, das sich einer numerischen Aufrechnung entzieht" (Dreier 2007, 265).

[429] Die Erforschung und öffentliche Diskussion der Biothanatobilanz der Haltung von Privatflugzeugen und –yachten wurde bisher erfolgreich verhindert.

[430] Die These von Elias, dass im Laufe des Zivilisierungsprozesses in der westlichen Welt die physische Gewalt und das Töten von Menschen generell verringert wurden, wurde zwar mehrfach angegriffen, kann jedoch als gut bestätigt gelten (Dunning 2011).

[431] Allerdings wird zwar nicht mit Tötungsdrohung aber mit Todesdrohung gearbeitet: Durch das weltweit geschickte Schüren der Ängste vor Schweinegrippe konnte die (simulierte?) Todesangst von Menschen genutzt werden, um Milliarden zu scheffeln.

[432] Gemeint ist das manifeste absichtliche Machen von Gewalt oder Tod, während das „unbeabsichtigte" bzw. latente Machen unbeachtet bleibt.

rierenden Ressourcenverbrauch von Menschen und Haustieren auch nur im Entferntesten mit diesen für Stigmatisierung und affektive Fantasiespiele verwendeten Tötungsskripten in Beziehung zu setzen. Man kann also kaum von einer Verdrängung des Todes jedoch von einer Verdrängung des Tötens i.w.S. (der Lebensminderung) bei gleichzeitigem massivem voyeuristischem Interesse am Töten i.e.S. sprechen.

Für Elias (1982) werden "alle elementaren, animalischen Aspekte des menschlichen Lebens.... differenzierter als zuvor von gesellschaftlichen Regeln und ... von Gewissensregeln eingehegt ... und ... hinter die Kulissen des gesellschaftlichen Lebens verlagert ..." (22).
"Für die Sterbenden selbst bedeutet dies, daß auch sie in höherem Maße hinter die Kulissen verlagert, also isoliert werden" (ebd.). Was Elias über die Sterbenden schreibt, trifft heute in hochentwickelten Staaten viel stärker auf die Tötenden und Getöteten, bzw. genauer auf die Tötungsanteile am Sterben, zu.
Durch den Zivilisationsprozess und die Errichtung eines wirksamen staatlichen Gewaltmonopols sind bestimmte Formen des Tötens in den zivilisierten Ländern seltener geworden und es entstanden Moralen und Ideologien über Töten, die u.a. der semantischen Verschleierung der Feldstrukturen dienen. Es entwickelte sich eine herrschaftsgestützte Doppelmoral – manchmal verbunden mit einer „bigotten kollektiven Trauer“ (Nassehi 2003, 306) – und eine wissenschaftlich und professionell geformte und legitimierte reflexionsabweisende Mentalität des Nicht-wissen-wollens und des Gut-genug-wissens.

> Nassehi (ebd.) wundert sich, „wie gut es jenen im Inneren pazifizierten ‚zivilisierten’ Räumen der Weltgesellschaft gelingt, dem Gewahrwerden ihrer gewaltnahen Genese und der permanenten Produktivkraftentfaltung der Tötung zu entgehen.“

Die in großem Maßstab von den hochentwickelten Ländern mitgetragenen und mitgeplanten weltweiten und auch regionalen Lebensminderungsaktionen werden semantisch neutralisiert, umcodiert, komplexen professionellen Diskursen zugeschoben, medialisiert etc.
Die hochkultivierten öffentlichen Sprecher und Schreiber, die meist von den globalen Fürsten abhängig sind, und ihre Anhänger verfügen über Etiketten, analog den Adeligen am französischen Königshof im 17. und 18. Jahrhundert: Man soll sich nicht die Finger schmutzig machen, d.h. gewaltförmige Handlungen sind statusniedrigem Personal zu übertragen bzw. auszulagern[433] – und vor allem zu *strukturalisieren*.[434]

Doch wie weit gelingt diese scheinbare *Gewalt- und Tötungsaskese* auf Massenbasis? Einerseits nimmt die Spezialisierung und Professionalisierung im Bereich Leben, Sterben und Töten zu, d.h. es kommt zur Entlastung und Entmündigung der Laien. Andererseits werden immer mehr Personen in einer modernen Gesellschaft in die Rollen der Lebens- und Sterbemacher hineingedrängt, gedrängt deshalb, weil viele diese Rollen keineswegs mit Freude ergreifen, sondern oft als Belastung empfinden – und entsprechende Erwartungen oft verdrängen oder anders deuten. Die Situation ist schwer zu beurteilen, da auch die offiziellen Deutungen und die professionellen Sprachkonventionen sie verbergen und – wenn überhaupt – verdeckt kommuniziert wird. Die meisten, die am lebensverkürzenden *Sterben machen* beteiligt sind, würden dies nie mit dem Begriff „töten“ belegen. Man denke etwa an PolitikerInnen und Manager, die sich für Strategien oder Portfolios entscheiden, die zur Lebensminderung von Personen und Gruppen in Entwicklungsländern einen Beitrag leisten. Man denke auch an Konsumenten, die häufig Fleisch[435] essen, sich an der Fernreisesucht erfreuen oder über einen luxuri-

---

[433] „Eine wesentliche Leistung der ars moriendi der herrschenden Gruppen in Hochkulturen besteht darin, dass sie Töten erfolgreich auslagern, d.h. sie haben entweder spezielle Gruppen, die für sie das Töten besorgen, oder sie haben das Töten in die Gruppen ausgelagert, die sie ausbeuten“ (Feldmann 2010c, 185)

[434] Diese Aspekte werden in der Forschung bisher zu wenig berücksichtigt. Einige spärliche Erkenntnisse findet man z.B. unter den Schlagworten „indirect killing“ oder „remote killing“.

[435] Nach Angaben der UN verursacht die Fleischproduktion 18 Prozent der weltweiten Treibhausgasemissionen. http://www.heise.de/tp/blogs/2/146504. Die weiteren das Leben anderer mindernden Faktoren des Fleischkonsums sollten zusätzlich bedacht werden.

ösen Fahrzeugpark verfügen und Informationen über die vielfältigen Ursachen und Folgen solchen Verhaltens erhalten.

Leben und Tod machen findet in der modernen Gesellschaft multidimensionaler, diffuser und globaler statt als in traditionalen Kulturen, da Wissen, Macht und Vernetzung gigantisch gewachsen sind[436]. Professionelle, Ärzte, Pflegekräfte, Juristen, Ökonomen etc., versuchen, die mit ihrer Domänenstruktur, ihren professionellen Einstellungen und Praktiken nicht kompatiblen Modelle und Erklärungen zu ignorieren, zu degradieren, umzudeuten oder als illegitim zu stigmatisieren[437]. Die an zentralen politischen, wirtschaftlichen und anderen Schaltstellen wirkenden Lebens- und Sterbemacher nutzen die vielseitig verwendbaren Technologien des Verbergens und der Normalisierung kapitalstarker Geschäfte.[438]

> „51 Prozent der ärztlich begleiteten Sterbeprozesse in der Schweiz werden durch bewusste Entscheidungen getroffen. «Aus dem medizinischen Entscheiden-Können ist ein Entscheiden-Müssen über Zeit, Ort und Art des Sterbens geworden», meinte Rüegger. Zudem seien die Übergänge zwischen passiver Sterbehilfe, wie Behandlungsabbruch oder -verzicht, autodestruktivem Verhalten, wie Medikamenten- oder Nahrungsverweigerung, und Suizid fliessender geworden. Ein solches Verständnis autonomen Entscheiden-Müssens beim Sterben fördere tendenziell Alterssuizide“ (Rüegger 2012)[439].

Wie die meisten Menschen ist auch das Krankenhauspersonal bestrebt, den Eindruck zu vermeiden, dass es Sterben und Tod herstellt (Streckeisen 2001, 121 ff), obwohl – besonders bei Anwendung komplexer Medikation und Technologie – Leben und Sterben ständig quantitativ (Lebensverlängerung bzw. –verkürzung) und qualitativ (Schmerzen, Bewusstheit etc.) manipuliert werden (vgl. Harvey 1997; van den Daele 2008a, 47 ff) und Selbst- und Fremdtötungskomponenten enthalten sind (vgl. Parsons/ Lidz 1967, 165).

Ärzte werden im Angesicht des Sterbens aus professionellen und rechtlichen Gründen vorsichtig, äußern sich nur diffus bezüglich des zeitlichen Verlaufs, zeigen eine ungewohnte „Deutungs-Ohnmacht“ (Streckeisen 1998, 80) und täuschen ‚Handlungsoffenheit’ vor, indem sie z.B. gegenüber dem Patienten von ‚möglichen Chancen’ oder gegenüber aufgeklärten Bezugspersonen von ‚natürlichem Sterben’ sprechen.

> „Die Entscheidung, Morphium zu geben, heißt, die Patientin sterben zu lassen. Dies kann nicht ohne weiteres kommuniziert werden, wenngleich dem Oberarzt und den Stationsärzten der kritische Gesundheitszustand bewusst ist. Eben weil diese Entscheidung hoch prekär ist, kann und will sich niemand offen dazu verhalten oder sich der Gefahr aussetzen, für eine eindeutige Entscheidung belangt zu werden, etwa indem er sich einem Angehörigen diesbezüglich entblößt oder seitens der Krankenkasse die Finanzierung des Krankenhausaufenthalts in Frage gestellt wird. Der Rahmen bleibt zumindest in der Beziehung zum Patienten und zu den Angehörigen diffus. Oder andersherum: Diffusität ist das kennzeichnende Merkmal in diesen Situationen. In diesem Sinne erscheint das Verhalten des Oberarztes zu Beginn der ersten Szene keineswegs zufällig. Dass dieser der jungen Ärztin auf ihre Fragen keine explizite Antwort gibt, sondern stattdessen performativ die Hierarchie reifiziert, um dann in ritueller Form auf bewährte Handlungsroutinen zurückzugreifen, weist auf eine latente Dynamik hin: In der Sequenzialität des Prozessgeschehens zeigt sich nämlich eine wiederkehrende Typik, die sich dadurch charakterisieren ließe, im Behandlungsprozess einer Eindeutigkeit so lange auszuweichen, bis sich handlungspraktisch ein gangbarer Weg entfaltet, der allen Kontexturen gerecht

[436] “These institutions – the International Monetary Fund (IMF), the World Bank and the World Trade Organisation (WTO) in particular – operate in a secretive and conspiratorial manner, making life and death decisions for whole countries and regions, imposing their authority over billions of human beings.” (Robinson 2005, 115)

[437] Dies trifft partiell selbst für kritische SozialwissenschaftlerInnen zu. In den thanatosoziologischen Schriften werden in der Regel Fremd- und Selbsttötung weggelassen oder marginalisiert und damit Begriff und Feld „Sterben“ herrschaftskonform beschnitten (Beispiel: Open University Reader „Death and Dying“ ed. by Earle et al. 2009).

[438] Da es sich um bedeutsame Herrschaftspraktiken handelt, wird man kaum Wissenschaftler finden, die sich mit der „Entschleierung“ oder „Evaluation“ beschäftigen.

[439] Über die Problematik der “bewussten Entscheidung” den Zusammenhang zwischen Autonomie und Alterssuizid sind in diesem Text noch Überlegungen zu finden.

wird (der legitimatorischen Absicherung, dem medizinischen Rational, den Abrechnungsmodalitäten, den Angehörigen usw.)“ (Vogd 2010, 136 f).

Ärzte und organisatorisch-technologische Konzepte und Kontexte „entscheiden“[440] ständig sowohl über Lebensquantität als auch über Lebensqualität oder – wenn man den Entscheidungsbegriff für unangemessen hält – bewirken dies – im Sinne von Akteur-Netzwerk-Modellen nach Latour (2007).[441]

> „Dass auf den Intensivstationen in den Vereinigten Staaten die Patienten häufig zwischen 17.30 Uhr und 18 Uhr versterben, erklärt sich für die Anthropologin Sharon Kaufman daraus, dass Ärzte und Familie sich in dieser Zeitspanne am besten am Bett des Sterbenden einfinden können, um ihn in seinen letzten Augenblicken zu begleiten“ (Lafontaine 2010, 70).

Sterben wird als „kollektives Handeln“ (Anspach 1993) in komplexen organisierten Kontexten gemanagt, präsentiert und rationalisiert, wobei keine befriedigende Bewertung möglich ist, weil der Kunde am Ende der Dienstleistung tot ist. Der Klient, der sich nicht mehr beschweren kann, nachdem er die Dienstleistung erhalten hat, ist für Professionelle der ‚ideale' Klient. Es wäre also nicht verwunderlich, wenn eifrig daran gearbeitet würde, dass der Anteil dieser ‚idealen' Klienten im medizinischen und Pflegesektor, also grob gesagt der Sterbenden und der Personen mit möglichst geringer Kommunikationskompetenz[442], steigen wird.

„Demonstrative Versuche des medizinischen Personals, sich vor allem auf der Vorderbühne aus der *Zone des Tod machens* herauszuziehen, ergeben sich aufgrund der starken rechtlichen und moralischen Barrieren und Strafandrohungen gegenüber Gewalt und Tötung, die in der modernen Gesellschaft errichtet wurden“ (Feldmann 2010a, 580). Die Ambivalenz dieser Tötungsscheu zeigt sich auf der Hinterbühne, indem z.B. in Pflegeheimen vom Personal und von der Stigmatisierung noch nicht betroffenen Insassen Sterbekandidaten identifiziert werden (Hockey 1985; Salis Gross 2001). Versuche, bestimmten Insassen (den demnächst zu erwartenden) *Tod zuzuschreiben*, schaffen für diejenigen, die außerhalb dieser Rahmensetzung bleiben, eine Erleichterung: sie sind noch nicht dran.

Theorien zu diesem Problembereich existieren m.E. nicht bzw. nur in Ansätzen. Dieser Mangel kann nicht einfach behoben werden. Trotzdem sollen einige ad-hoc-Überlegungen angestellt werden. Ein Aspekt sind Schwellenwerte. In welchem Zusammenhang stehen Erwartungen und Praktiken verschiedener Gruppen bezüglich folgender Problemfrage: Ab welchem Schwellenwert soll Lebensminderung von welchen Instanzen kontrolliert werden? Ein Beispiel für Schwellenwerttheoriebildung betrifft die Verwahrlosung und Anomie von Stadtteilen. Die *Broken-Windows-These* besagt, dass schon kleine Zeichen der Verwahrlosung in einer Straße, wie einzelne nicht reparierte zerbrochene Fenster oder herumliegender Müll, beachtet werden sollten, da es sich um Hinweise auf beginnende oder vielleicht sogar fortgeschrittene Anomie in diesem Gebiet handelt[443]. So wären auch politische und ökonomische Entscheidungen, die indirekt und vielleicht räumlich und zeitlich ausgelagert auf Lebensminderung hinauslaufen, zu beachten – eine Art kontinuierlich arbeitender Weltbeobachtungsdienst zur Lebensmehrung und –minderung. Wie gesagt: Es handelt sich nur um Anregungen zur Theorie- und Diskursbildung, nicht zu kollektiv neurotischem Überwachungsverhalten!

[440] „Death ist mostly decided, not waited for“ (Kaufman 2005, 93).
[441] Solche Probleme werden reduktionistisch untersucht. Ein Beispiel: Giannini/ Consonni 2006.
[442] „Kommunikationskompetenz“ ist ein dynamisches Konzept. Man kann den Anteil derjenigen mit „zu geringer Kommunikationskompetenz“ auch dadurch steigern, dass man verschiedene Kompetenzen auf der Gegenseite, also der Professionellen und Helfer, „gestaltet“ und „verbessert“.
[443] Solche Metaphorik hat einen rührend provinziellen Charakter, wenn man an die Anomie der global agierenden Finanzökonomie denkt.

Der antiquierte und zensierte Begriff „Töten“

Die Themen *Töten* und Lebensminderung und –mehrung werden durch eine quasisakrale Koalition von Politik, Recht, Religion und Medizin (Oligarchie) verwaltet, so dass andere Organisationen und Institutionen und die Mehrheit der Bevölkerung nur geringe Chancen haben, den offiziellen semantischen Raum und die Praktiken in Militär, Krankenhaus, Schule, Kirche, Gericht, Betrieb und Gefängnis mitzugestalten.[444]

> Google Blogs: „theory of love“ 184000, „theory of killing“ 271, „theory of death“ 6060, “theory of suicide” 1590.
>
> Google Scholar: „theory of love“ 4520, „theory of killing“ 125[445], „theory of death“ 715, “theory of suicide” 3090, “Theorie des Tötens 2, “Theorie des Todes” 27, “Theorie des Suizids” 15.[446]
>
> Google Scholar: “definition of killing” : 136; “definition of suicide” : 1870; “definition of killing” + sociology: 9; “definition of suicide” + sociology: 493.[447]

In der deutschen und englischen Version von Wikipedia findet man wenige Informationen zu dem Begriff Töten – ein verräterisches Zeichen. Auf diesen und anderen anerkannten Informationsportalen werden Semantik, Pragmatik und Institutionalisierung des Tötens nicht analysiert und reflektiert, sondern es werden nur die zugelassenen Begriffsfelder Mord, Totschlag, Suizid, Krieg[448], Todesstrafe, Sterbehilfe beschrieben und in konformen expertokratischen Diskursen behandelt.[449] In Alltagsmitteilungen entwickelt der Begriff freilich ein wildes Leben.[450] Ein Beispiel für die wissenschaftliche Armut und den nicht-wissenschaftlichen Reichtum der Tötungssemantik stellen die Beiträge zu „soft killing“ dar.

Beim Thema *Töten* steht eine kritische Thanatosoziologie stabiler institutionalisierten und mächtigeren Subdisziplinen und Professionen marginalisiert gegenüber, z.B. Militär-, Rechts- und Geschichtswissenschaft, Medizin, Suizidologie, Philosophie, Theologie – und vor allem der Rüstungsindustrie und den staatlichen Gewaltapparaten. Diese mächtigen Institutionen und Organisationen sind einerseits Hüter und Kämpfer der Diskurse und Praktiken zum Thema Töten, andererseits verhindern sie unerwünschte Erforschung des Feldes. Zwar gibt es eine ausufernde wissenschaftliche Literatur zur Frage, wer oder was am Ausbruch der beiden Weltkriege ‚Schuld’ hatte, und zu vielen mediengeeigneten Tötungsthemen, doch die These, dass der Anteil der fahrlässig handelnden Massentöter in den internationalen Führungseliten in den vergangenen Jahrzehnten überdurchschnittlich gestiegen ist, oder die Entwicklung einer Theorie der Lebensminderung werden in internationalen Tagungen, Lehrveranstaltungen, Dissertationsthemenkatalogen, Exzellenzclustern und Graduiertenkollegs ignoriert.

Durch familiäre, staatliche und religiöse Erziehung, Tradition und durch Medialisierung werden in der Bevölkerung Schemata, Skripte, Vorurteile und Stereotype über Töten hergestellt, z.B. Täter und vom Täter getötete Person. Diese einverleibten Einstellungen, Emotionen, Kognitionen und Verhaltensmuster sind in Normaldiskursen stabilisiert und können von einzelnen nur in begrenztem Maße manipuliert werden. Sie dienen u.a. der Ablenkung von Formen der Lebensminderung, die im Interesse und meist indirekten *Auftrag* führender Gruppen praktiziert, oft ausgelagert, aber teilweise auch von der Mehrheit der Bevölkerung *mitgetra-*

---

[444] Die meisten öffentlichen Sprecher halten sich an folgende latente Norm: Das „normale Töten“ darf nicht analysiert, sondern nur ethisch sterilisiert, juristisch dogmatisiert und moralisch emotionalisiert werden.
[445] Hierbei ist noch zu berücksichtigen, dass das Verhältnis von Mathematik/Naturwissenschaften zu Humanwissenschaften bei diesen Beiträgen 3:1 beträgt.
[446] Google Blogs und Google Scholar zuletzt geprüft am 6. 11. 2012.
[447] Zuletzt geprüft am 6.1. 2013.
[448] Der Begriff „Krieg“ wird von Wissenschaftlern inzwischen höchst vieldeutig definiert (vgl. Joas/ Knöbl 2008, 315 ff). Dass Krieg mit Lebensminderung, verstümmeln, vergewaltigen, Psychoterror, Identitätszerstörung etc. verbunden ist, wird von den Soziologen Joas und Knöbl in ihrem lesenswerten Buch diskret ignoriert – auch eine Operationalisierung.
[449] Vgl. zu einer Diskussion der gängigen Rahmensetzungen des Begriffs *Töten* Frieß (2008, 167 ff).
[450] Man betrachte die über 3 Millionen deutschen und die 240 Millionen englischen Google-Treffer.

gen werden. Auch die immer wieder aufflammenden öffentlichen Diskurse über Terroranschläge, Amokläufe, Beteiligung an Kriegen, Abtreibung, aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid haben gleichzeitig Aufklärungs- und symbolische Beherrschungsfunktion. Dass das bedeutsame Töten und Mindern von Leben technisch und professionell ‚begleitet' und durch strukturelle Faktoren erklärbar geschieht, die sehr wohl auf das ‚Handeln' von Machteliten und –netzwerken zurückgeführt werden können, wird in den öffentlichen Diskursen und in den Bildungssystemen ausgeblendet und die wenigen, die es trotzdem explizit machen wollen, werden in der Regel daran gehindert bzw. nachhaltiger softer Bestrafung unterworfen.[451]Wenn Lebensminderung durch die herrschende Ordnung, durch Privilegierung und politische und wirtschaftliche Entscheidungen in den Medien gelegentlich thematisiert wird, werden Aufmerksamkeiten oder gar Reflexionen schnell durch die ständig bereitstehenden Wogen des Konsums, der Empörung, Begeisterung etc. überspült, die durch einen effektvoll arrangierten Mord, einen Hollywoodfilm, einen Terroranschlag und viele andere Medienereignisse und Events bewirkt und genossen werden können.

These 14a: Die zentrale Basis der ziemlich stabilen Festlegung der Schemata, Skripte, Vorurteile und Stereotype über Töten in der Bevölkerung sind das gefestigte Gewalt- und Todesmonopol des modernen Staates und seine überwältigende Militär-, Polizei- und Überwachungsmaschinerie und die durch Bildung und Medien übertragenen, Interessen der herrschenden Akteure stützenden, Wissens- und Weltkonstruktionen.[452]

Offiziell und vielseitig überwacht wird das „Töten von Personen" vom „Töten von Nicht-Personen" fundamental abgegrenzt, was in vielen Kulturen nicht der Fall war. Doch Personen sind Teile von Kontexten und somit ist ihr Leben, Sterben und Töten nationalisiert, hierarchisiert, ökonomisiert, medialisiert und anderweitig partikularisiert. Das Töten von entwerteten Personen, Gruppen, Organisationen, Kulturteilen, sozialen und psychischen Systemen, Ökosystemen etc. wird vielfältig ausgegliedert.

„Wie soll „Töten von Personen" definiert werden? Töten ist die Manipulation des Todeszeitpunktes, der Todesart und -umstände anderer Personen. In der Regel wird nur die gewaltsame Verkürzung der Lebenszeit darunter subsumiert, doch man sollte auch die gewaltsame Verlängerung der Lebenszeit unter für das Opfer entwürdigenden und qualvollen Bedingungen nicht außer Acht lassen (psychisches und soziales Töten)." (Feldmann 2004a, 240)

These 14b: Je länger und indirekter eine Tötungsmaßnahme erfolgt, umso geringer sind die Chancen, dass sie im offiziellen Beobachtungsfeld Töten erscheint.

Töten hat folglich mit *timing*[453] zu tun. Kellehear (2007a, 234 ff) meint, dass „timing of death" zunehmend zu einem sozialen Problem wird (vgl. auch Kaufman 2010).[454]

Lebensminderung und die nur analytisch davon trennbare Tötung sind alltägliche Ereignisse. Doch das Interesse richtet sich – wie schon vermittelt – auf soziokulturell konnotierte Ausschnitte des Gesamtgeschehens. Wenn also versucht wird, Töten zu erklären, dann wird es gemäß einer politisch-rechtlichen Semantik betrachtet: Mord und Totschlag, Krieg etc. In modernen semantischen Systemen wird Gewalt und Tötung eher in einem Kontinuum gesehen als dies in traditionellen Kulturen der Fall war. Gewalt in dem gebräuchlichen Sinn ist eine Untermenge der Lebensminderung. Folglich könne man behaupten, dass eine Lebensminderungs-

[451] Aufgrund der hohen Stabilität der Herrschaft in den reichen westlichen Ländern sind allerdings die Schwellenwerte so gesetzt, dass weitgehende Liberalität bei gesamtgesellschaftlich unbedeutsamen Publikationen und Internetkommunikationen realisiert ist.

[452] Zweifellos haben auch die aus vormodernen kulturellen Kontexten stammenden Tötungskonzepte der Hauptreligionen noch bedeutsamen Einfluß.

[453] Eine typische unreflektierte rechtliche Bestimmung: „Töten ist jede Verursachung des Todes, wobei bereits jede noch so geringe Lebensverkürzung ausreicht" (Laue 2008).

[454] So ergibt sich das Paradoxon, dass trotz der in der Geschichte einmaligen Biographiesicherheit zu frühes und zu spätes Sterben von vielen als Problem angesehen wird.

semantik, in der Gewalt und Tötung kontextspezifisch verbunden thematisiert werden, eine kulturelle Weiterentwicklung ermöglicht.

Grossmann (2004) hat eine „Anatomie des Tötens“ vorgelegt, wobei er sich auf das Töten durch Soldaten bezieht. Doch seine Variablen sind auch für die hier vorgelegte Argumentation brauchbar. Seine „Gleichung“ lautet:

Wahrscheinlichkeit der Tötung = (Forderungen der Autorität) x (Gruppenabsolution) x (Gesamtdistanz zum Opfer) x (Zielattraktivität des Opfers) x (aggressive Prädisposition des Tötenden).

Man kann die Gleichung für die in diesem Text diskutierte Lebensminderung modifizieren:

Wahrscheinlichkeit der Lebensminderung der Opfer = (Soziale Anerkennung, Gewinn) x (Gruppenabsolution) x (Gesamtdistanz zu Opfern) x (Unwert der Opfer) x (Kapitalausstattung bzw. Reichtum des Täters).

Das semantische Feld der modernen *Diskurse zu Töten*[455] wurde bereits in vorhergehenden Abschnitten nach physischem, psychischem und sozialem Leben und Sterben differenziert.
Wenn eine Person sagt: ‚Um eine weitere *qualitative* Lebensminderung (dramatische Verringerung meiner Lebensqualität) zu vermeiden, wünsche ich eine sofortige *quantitative* Lebensminderung’, betrachtet sie ihren Sterbeprozess nicht eindimensional wie Gesetzgeber und die meisten Ärzte, die nur das *physische* Sterben und Töten und nicht ein *psychisches* oder *soziales* (an)erkennen.

	physisches Töten	*psychisches Töten*	*soziales Töten*
normativ	Todesstrafe Aktive Sterbehilfe	Fremdsteuerung der Persönlichkeit[456]	Gefängnis, Vertreibung
instrumentell	Einsatz von Polizei bzw. Militär	Traumatisierende Behandlung, Folter	Sicherheitsverwahrung, Versklavung
kognitiv	Tötungsforschung Tötungslegitimation	Manipulations-forschung	Strafrechtstheorie, Soziologie abweich. Verhaltens
expressiv	Amoklauf	Psychoterror	Ausstoßen aus der Gemeinschaft

Abb. 11: Formen des Tötens und kulturelle Orientierungsmuster

Dass Töten eine Teilmenge von Lebensminderung ist, die Abgrenzung durch Herrschaft geschieht und eine ‚objektive‘ Operationalisierung nur im ‚herrschaftsarmen‘ Feld der Forschung möglich ist, sollte bei der Betrachtung von Abb. 11 berücksichtigt werden.

Die folgende einfache graphische Darstellung eines *soziosemantischen Raumes Töten* arbeitet mit zwei Dimensionen:

1. Töten als Kontinuum[457]
2. Planung der Schädigung oder des Nutzens als Kontinuum.

[455] Auch in der wissenschaftlichen Fachliteratur wird der Begriff *töten* mangelhaft (re)konstruiert und definiert (vgl. z.B. Luper 2009, 143 ff).
[456] “Gehirnwäsche”, Mentizid, Psychozid, intendierte Persönlichkeitszerstörung.
[457] Das Kontinuum kann unterschiedlich bestimmt und operationalisiert werden, wobei u.a. folgende Aspekte berücksichtigt werden können: physisches, psychisches und soziales Töten, schnelles oder langsames Töten, gezieltes (personal, raumzeitlich etc.) und ungezieltes Töten.

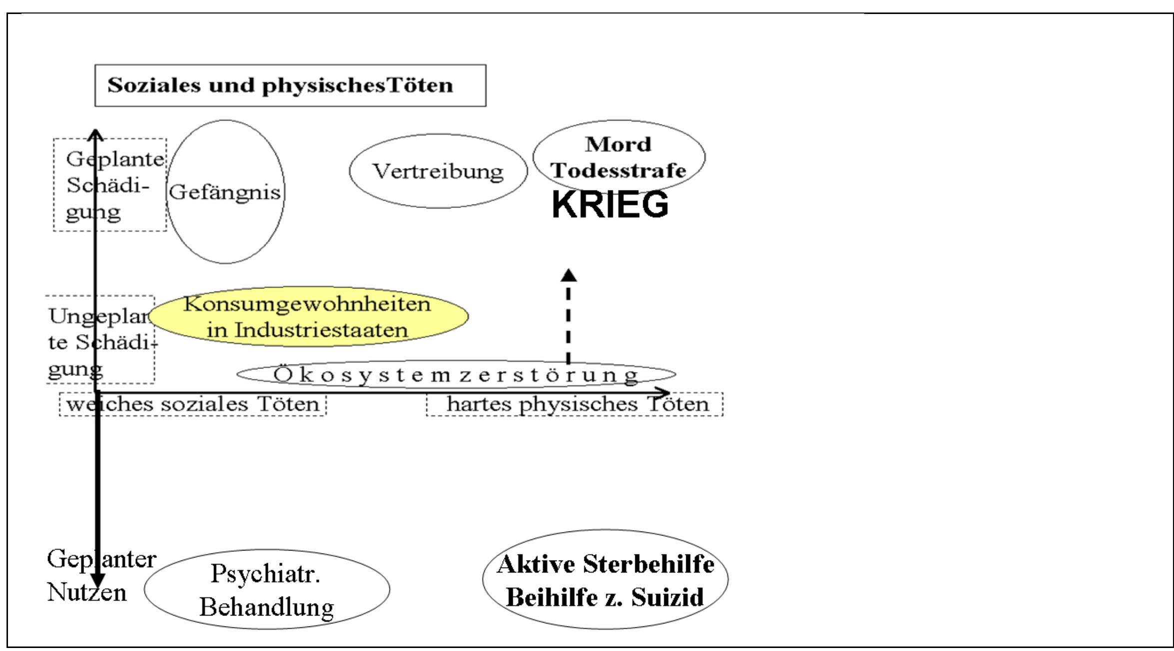


Abb. 12: Feld des Tötens

Die Grafik kann folgendermaßen gedeutet werden: Personen und Kollektive können physisches und soziales *Töten* bzw. Lebensminderung[458] in einer komplexen Weltgesellschaft nicht vermeiden, sie können allerdings die Wirkungen ihrer Entscheidungen und Handlungen thematisieren, analysieren, humanisieren, kultivieren und verschiedene Normierungen erproben.

Eine Anregung für eine kontroverse normative Diskussion: Wie ist ein gesellschaftlicher Zustand zu rechtfertigen, in dem eine Person, die eine andere „in einem schwachen Moment" getötet hat (z.B. 50 Jahre genommen hat), strafrechtlich verurteilt wird, dagegen eine andere Person, die für eine durchschnittliche Lebensminderung von einem Jahr bei 10.000 Menschen verantwortlich ist (10.000 Jahre genommen), weder strafrechtlich noch in anderer Weise zur Verantwortung gezogen wird?[459]

Die rechtlich in einem Staat geltenden Definitionen, Semantiken und Strukturen des *Tötungsfeldes* sind legitimiert und inkorporiert. Wissenschaftliche, ethische, religiöse und sonstige Sprech-, Schreib- und Denkregelungen dienen als Sublegitimationen bzw. Rationalisierungen. Die dominierenden tötungsbezogenen Schemata und Skripte erscheinen den meisten Nutzern selbstverständlich und damit universalistisch, erweisen sich jedoch für kritische Beobachter als partikularistisch, da ihre Konzeptionierung und Geltung von kulturellen, sozialen und politischen Bedingungen abhängen.

Die derzeitige Gestaltung des Begriffsfelds Töten ist immer weniger geeignet oder ausreichend, um differenzierte Diskussionen über die *Sache* zu führen oder Forschungskonzeptionen zu entwickeln. Eine solche politisch, sozial und emotional hoch geladene scheinbar alternativlose Sprachregelung repräsentiert nicht nur *Sachen* oder zeigt auf sie, sondern verbirgt, verstümmelt oder verzerrt auch. Das bedeutet, dass die gemeinte Sache durch Begriffe, Sätze, Bilder und andere Zeichen kontrovers repräsentiert und präsentiert werden kann und sollte, dass Aussagen sie verfehlen können und man durch offene reflexive Diskussionen, Restrukturierung, innovative Forschung und Experimente die Sache und das Feld rational modifizieren und humanisieren kann.

Unberührt von solchen Reflexionen präsentiert sich die ideologie- und vorurteilsbasierte ärztliche Standesethik in der Öffentlichkeit: „Töten gehört nicht zum Handwerk des Arztes und der Ärztin - auch nicht die Beihilfe zum Sterben", mahnte der verstorbene Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, in einem Interview mit der Frankfurter Neuen Presse.[460]

---

[458] Vgl. auch das Kapitel „Soziales Töten bzw. Lebensminderung".
[459] Dies sollte nicht als Plädoyer für die Ausweitung des Strafrechts gelesen werden!
[460] http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.7962.7963.7987

Im derzeit dominanten Gebrauch des Begriffs Töten werden Nutzer zur Einsicht geleitet, dass eine Person durch Einwirkungen gestorben ist, die ausschließlich oder zumindest hauptsächlich einer anderen Person oder einigen anderen Personen (Kleingruppenaspekt) von legitimierten Kontrollpersonen zugeschrieben werden können.
Wenn der Tod der Person nicht eindeutig bzw. durch Nachweise auf das Handeln einer (sehr) begrenzten Anzahl von Personen zurückzuführen ist, wird meist nicht von Tötung gesprochen. Man kann folglich annehmen, dass die meisten Fälle, in denen Personen die Lebensverkürzung anderer Personen mitbewirkt haben, von den Handelnden, Betroffenen und von Kontrollinstanzen außerhalb des semantischen Feldes Töten angesiedelt werden.

Ein weiterer für modernes Recht und für das Alltagsverständnis entscheidender Aspekt ist die *Tötungsabsicht*. Sie ist vor allem für die Art und Schwere der Bestrafung ein wichtiger Faktor.

> „Wenn der Tod auch nur billigend in Kauf genommen wird, ist von einer Tötungshandlung auszugehen“ (Gliemann 2005, 176).

Aus der Sicht einer Person, die eine Lebensverkürzung nicht wünscht, ist allerdings die Arbeit an den Ursachen der faktischen Lebensverkürzung im Vergleich zu den Absichten von Tätern vorrangig.
Da das Recht die vermutete oder festgestellte Absicht in den Vordergrund rückt, werden gesellschaftliche Bearbeitung und wertangemessene Transparenz der viel häufigeren Lebensverkürzung oder -minderung, die gemäß rechtlicher Perspektive nicht ‚beabsichtigt’ sind oder erscheinen, unwahrscheinlicher und geraten nicht in politisch-rechtlich-ethische Diskurse. Dass Deutschland nach den USA und Russland der drittgrößte Exporteur von Tötungsgeräten ist, wird in deutschen Rechtsdiskursen weniger diskutiert als das Problem Tötung auf Verlangen.

Durch die Fokussierung auf *gezieltes, beabsichtigtes Töten* wird das *ungezielte, nicht beabsichtigte Töten*[461] implizit freigestellt, bzw. nicht der besonderen Beachtung anheimgestellt. Vor allem dürfte ein Kontinuum zwischen gezieltem und ungezieltem Töten eine wirklichkeitsgerechte Konstruktion sein, wobei ein willkürlicher Schnitt gemacht (und verschleiert und dogmatisiert[462]) werden muss, um eine strafgesetzrelevante Dichotomisierung zu erreichen. Dieser Schnitt begünstigt wahrscheinlich, wenn entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen, eine ungleichheitsfördernde Verlagerung des Tötens in den straffreien Bereich.

Es gibt *strafbewehrte* und *nicht strafbewehrte* Tötungsverbote und es gibt legale und illegale Tötungsgebote und Tötungsoptionen.
These 15: Würde „Strafbewehrung“ in einem modernen Rechtssystem experimentell und schrittweise durch „wissenschaftliche Beobachtung und Intervention“ ersetzt oder zumindest begleitet, dann könnten zusätzliche Lebensjahre gewonnen werden.

Das Strafrecht fokussiert auf Körperverletzung, während Verletzung des psychischen und sozialen Systems der Person oder gar Verletzung des sozialen Kontexts unterbelichtet bleiben bzw. privilegierend geregelt werden.[463]

Der mit der Rechtssemantik verbundene Alltagsbegriff Töten und die vor allem durch die Medien vermittelten Bilder und Skripte dienen u.a. dazu, das Töten auszugliedern, es in eine Sonderwelt abzuschieben, in der es wenige Täter gibt, d.h. der normale Hochmensch muss keine Angst haben, selbst Täter zu werden.
Tatsächlich sind fast alle Hochmenschen „im Geschäft der Lebensminderung“ tätig, nicht nur in Sondersituationen des Krieges oder psychologischer Experimente (Milgram), sondern all-

---

[461] Die Thematisierung des indirekten, impliziten, nicht beabsichtigten Tötens in öffentlichen Diskursen darf nicht stattfinden und findet folglich auch nicht statt (Google!).
[462] Verschleierung + Dogmatisierung ist notwendig, um eine Legitimationskrise zu vermeiden.
[463] Die rechtlichen Regelungen, die sich auf Verletzung des psychischen und sozialen Systems von Personen beziehen, dienen der Verstärkung der sozialen Ungleichheit.

täglich *im Frieden*[464]. Eine solche Aussage wird nicht ernst genommen und dient zur Stigmatisierung desjenigen, der die Aussage veröffentlicht. Sie bedarf auch der Interpretation. Sie ist zunächst nicht moralisch oder ethisch gemeint, sondern als Denkanregung, die sich auf *Tatsachen* bezieht: Rüstung, Ökosystemzerstörung, ungleichheits- und armutsfördernde Gesetzgebung, Duldung von krassen Formen der Unfreiheit, mediale Gewaltkultivierung, Stützung menschenschädigender Organisationen, Institutionalisierung diskriminierender Selektionsformen (z.B. im Bildungs- und Gesundheitssystem), lebensgefährdende Arbeitsbedingungen etc.[465] All diese *sozialen Tatsachen* sind mit Töten, Lebensminderung und –mehrung verbunden und in einer modernen Gesellschaft ist u.a. aufgrund mangelhafter Datenerhebung und Forschung der Grad der Beteiligung von Individuen und Organisationen an der Herstellung, Erhaltung und Veränderung dieser sozialen Tatsachen schwer abschätzbar. Dies wird von vielen Experten nicht bestritten werden, doch es wird kaum zum Anlass genommen, begriffliche, theoretische, politische und andere individuelle oder institutionelle Anstrengungen, Forschungen und Bildungsproduktionen zu initiieren, die prekäre Lage zu verbessern oder wissenschaftliche und Mediendiskurse zu diesen Problemen zu fördern[466].

Exkurs: „Töten“ im Internetsprachgebrauch

Eine kleine Google-Recherche soll als Hinweis für Wahrheit und Brauchbarkeit der bisherigen Argumentation dienen.
Gibt man „Konsum tötet“ ein, so erhält man erstens als Konsumgegenstände fast ausschließlich Drogen, Tabak und Alkohol und zweitens handelt es sich in der Regel um ungewollte Selbsttötung oder –schädigung.
Bei der Kombination von „ökonomischen Entscheidungen“ und „töten“ taucht die kausale Verbindung zwischen ökonomischen Entscheidungen und töten kaum auf.
Die Begriffe „indirektes Töten“, „nicht beabsichtigtes Töten“, „strukturelles Töten“ werden in der Internetkommunikation und in der Wissenschaft nicht verwendet.
Den Begriff „soziales Töten“[467] in Abgrenzung zu physischem und psychischem Töten verwende in der Wissenschaft nur ich.

Tötungsnormierung

These 16a: Die meisten Menschen verfügen nicht über die Kompetenz, ihr fremdlebensminderndes Verhalten ausreichend zu erkennen und zu korrigieren.[468]
These 16b: Lebensminderung und Töten lassen sich auf keiner Ebene (Individuum, Gruppe, Staat etc.) vermeiden, folglich sollten sie kultiviert werden.[469]

Überlegungen zur Verhaltensnormierung helfen bei der Problembearbeitung. Bedeutsames Verhalten wird in modernen Gesellschaften vor allem durch drei Faktoren wirksam normiert[470]:

---

[464] Im deutschen Recht existiert auch ein Begriff *mittelbare Täterschaft* – allerdings nur in extrem verengter Bedeutung.
[465] Es gibt inzwischen viele Berichte, die das heimliche Töten (secret, covert, hidden, soft killing) der Regierungen und Konzerne der reichen Staaten nachweisen (z.B. Schiller/ Fouron 2003).
[466] Das Internet bietet inzwischen einen Raum der Toleranz und Vielfalt, der in den traditionellen Medien Buch, Zeitung, Radio und Fernsehen zu wenig eröffnet wird – allerdings nur für Minderheiten, die über entsprechende Nutzungskompetenzen und –optionen verfügen.
[467] *Social killing* wird in internetzugänglichen Texten im Zusammenhang mit Beihilfe zum Suizid und Folter verwendet, nicht mit politisch und ökonomisch verursachter Freiheitsberaubung, Vertreibung, Finanzsystem, Konsumgewohnheiten etc. Therborn (2013) behandelt die Thematik unter der metaphorischen Bezeichnung „The killing fields of inequality“.
[468] Dies ist auch ein wichtiger Indikator für das Versagen der hoch entwickelten Systeme der Politik und der Bildung.
[469] Die These 16b ist eine mit einer prüfbaren Tatsachenaussage verbundene normative Aussage, die leider in den Diskursen über Sterben und Tod bisher kaum berücksichtigt wurde.
[470] Dass dies nur eine grobe und unvollständige Liste ist, ergibt sich aus Erkenntnissen der Demographie (z.B. Heinsohn 2003), Psychologie, Gehirnforschung, Ethnologie etc. Wissenschaftliche Schriften über Normierung, vor allem philosopische und juristische, zeichnen sich durch strenge soziale und epistemische Normierung, Dogmatisierung, mangelhaft reflektierte Komplexitätsreduktion und Perspektivenselektion aus.

Moral, Recht und Infrastruktur bzw. Ressourcen. Moral ist in einen Habitus eingeordnet und entwickelt sich im Prozess der Individualisierung, Persönlichkeitsformung und der Feldspiele. Infrastruktur und Ressourcen sind in Deutschland sehr gut und in der Demokratischen Republik Kongo sehr schlecht entwickelt, dementsprechend unterscheiden sich die Verhaltensweisen und -normierungen in den beiden Staaten.

Tötungsverbote der schlichten Art sind in den hochentwickelten Staaten durch Moral und Recht gut gesichert. Hier interessiert allerdings die wissenschaftliche Begründung für diese Sicherung.

> „Inzesttabu und Tötungstabu sind vermutlich die beiden einzigen universellen Tabus" (Dreier 2007, 261).
> „Bisher hat noch keine Rechtsordnung und auch kein Naturrecht ein absolutes Tötungsverbot aufgestellt. Überall gibt es Ausnahmen für die Tötung in Notwehr, im Krieg, in Vollzug der Todesstrafe usw." (Braun 2007, 48).

Mit einem einfachen rhetorischen Trick versucht der Philosoph Otfried Höffe seine pseudo-universalistische Behauptung, dass es ein absolutes Tötungsverbot gäbe, zu stärken. Er nimmt einen im deutschen Sprachraum Stigmatisierten, der die Gegenthese vertritt. „Der Utilitarist Peter Singer dagegen kennt kein absolutes Tötungsverbot." (Höffe 2010, 1201).

These 17: Es gab und gibt in keiner Kultur oder Gesellschaft ein „absolutes" Verbot der Tötung von Menschen (vgl. Schobert 2006).[471]

Die meisten Mitglieder der abendländischen Machteliten haben 2000 Jahre lang Menschen instrumentalisiert und erniedrigt und hätten über die Anmaßung eines „absoluten Verbots des Tötens von Menschen" nur höhnisch gelacht oder sich heuchlerisch geäußert.

Die derzeit kursierenden (para)wissenschaftlichen Texte über „das Tötungsverbot" beziehen sich auf die peripheren Bereiche Abtreibung, aktive Sterbehilfe, Stammzellenforschung etc. – und auf die Tötung von abendländisch anerkannten Tieren, nicht auf die alltägliche massenhafte Tötung von Menschen „ohne Verlangen" oder auf die Vernichtung von Arten und Ökosystemen. Schon aus diesem Grund ist erkennbar, dass es sich um reflexionsarme Kulturveranstaltungen handelt.[472]
Eine „natürliche Tötungshemmung" konnte für Menschen nicht nachgewiesen werden (vgl. Böhme 2001)[473]. Hemmungen gegen spezifische Formen des Tötens werden in Kulturen und Gruppen zielgruppenspezifisch aufgebaut. Soldaten, die in zivilisierten Gesellschaften in ihrer Sozialisation Tötungshemmungen aufgebaut haben, erhalten ein Training, in dem die unerwünschten Tötungshemmungen abgebaut und spezielle Tötungskompetenzen aufgebaut werden[474]. Generell gilt, dass es genetische bzw. in der Sozialisation erworbene Verhaltenshemmungen gibt, die im Laufe des Lebens soziokulturell umgeformt werden. Kulturelle und soziale Normierungen und Kontextgestaltungen haben immer mindernd oder verstärkend auf die „natürlichen Vorgaben" gewirkt.

Es ist also schlicht eine Fehlinterpretation der vieldimensionalen gesellschaftlichen und kulturellen Wirklichkeit, wenn ritualisiert behauptet wird, dass die Gefahr bestehe, dass das (absolute?) „Tötungsverbot"[475] fallen könne (vgl. als Beispiel einer solchen Fehlinterpretation Feyerabend 2006). Begriffe wie „klassischer Kanon von Tötungsdelikten" und angeblicher „Tra-

---

[471] Vgl. zur Diskussion des biblischen Tötungsverbots Frieß (2008, 137 ff).
[472] Mit Bourdieu kann man das Gerede über „das Tötungsverbot" als interessengeleitete *Doxa* bezeichnen.
[473] Das Töten von Menschen durch Menschen und von Schimpansen durch Schimpansen sind ‚natürliche' Tatsachen, die kontextabhängigen Normierungen unterworfen werden.
[474] Dieser gezielte Abbau der Tötungshemmung führte in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unter normalen friedlichen gesellschaftlichen Verhältnissen bei den Ex-Soldaten zu keiner erhöhten Rate an Tötungen. Auch dies ist eine Falsifikation der pathetischen Beschwörungen, dass durch die Zulassung aktiver Sterbehilfe ein „Dammbruch" erfolgen würde.
[475] Der Begriff „Tötungsverbot" wird fast nur in Diskursen über Religion, Recht, Tier- und Naturschutz und in der Philosophie verwendet. Die interdisziplinäre Bearbeitung des Konstrukts „Tötungsverbot" ist bisher unterwickelt.

ditionsbruch“ durch eine „neue europäische Sterbepolitik“[476] (Gehring 2007, 134 f) bleiben diffus und historisch und empirisch unzureichend belegt.[477] Dies lässt sich auch an der folgenden leerformelhaften Stellungnahme des Nationalen Ethikrates (2006a, 59) erkennen: „Die entschiedene Respektierung des Tötungsverbotes durch alle Beteiligten gewährt den Sterbenden die nötige Freiheit zur Annahme des eigenen Todes.“[478] Im Hintergrund solcher pararationalen Aussagen steht ein für nicht offen gelegte Zwecke eingesetzter Tötungsverbotsmythos.

In den bekannten Kulturen und Gesellschaften gab und gibt es spezifische Tötungsverbote, Tötungsgebote und normativ nicht oder wenig geregelte Lebensminderungsbereiche.[479]

Spezifische Tötungsverbote, die sich auf Menschen und Tiere beziehen, gelten für Kollektive und sie sind in der Regel mit Ausnahmen versehen. Man kann die Ausnahmen typisieren:

1. *Ausschluss*: z.B. wurden teilweise nur (Voll)mitglieder des Kollektivs eingeschlossen.
2. *Austritt*: z.B. wurde es bestimmten Mitgliedern des Kollektivs unter bestimmten Umständen zugebilligt oder auch vorgeschrieben, das Tötungsverbot, das sich auf Selbst- oder Fremdtötung bezog, nicht zu beachten. Die Straffreiheit des Suizids ändert zwar nichts daran, dass der Austritt unerwünscht ist, doch die Bestrafung des erfolgreich Ausgetretenen wird nicht durchgeführt.
3. *Aussetzung*: z.B. wird Notwehr oder Krieg als Situation definiert, in der ein Mitglied des Kollektivs spezifische Fremdtötungsverbote nur in eingeschränkter Form beachten muss.

Komplementär zu Tötungsregelungen entstehen Lebensschutzgebote. Verpflichtungen der Mitglieder eines Kollektivs, das Leben anderer Mitglieder des Kollektivs zu schützen, werden weniger rigide geregelt als Tötungsverbote. Dies ergibt sich schon aus der viel größeren Schwierigkeit der Beobachtung und Normierung.

In modernen Rechtssystemen beziehen sich strenge Normierungen auf Situationen, in denen eine große Wahrscheinlichkeit eines raschen Todeseintritts bzw. einer schweren körperlichen Beeinträchtigung meist mit geringer räumlicher Distanz verbunden ist. Darauf bezieht sich das Gesetz über „unterlassene Hilfeleistung“. Auch dieses Gesetz fokussiert auf einen quantitativ peripheren Bereich des Feldes „Hilfeleistung“ und kann unbeabsichtigt Schädigungs- und Vermeidungsverhalten und damit Lebensminderung fördern. Ressourcenstarke Personen und Gruppen schaffen sich abgeschlossene soziale Räume, aus denen diejenigen, die Hilfe benötigen, ausgeschlossen werden. Manager und Politiker schauen gerne weg, wenn ihre profit- und machtträchtigen Entscheidungsprozesse physische, psychische und soziale Leichen am Wege zurücklassen. Aber auch die direkte Schädigung durch ‚Hilfen’, etwa Reanimation mit fatalen Folgen, hängt ursächlich mit rechtlichen, wirtschaftlichen und anderen Normierungen zusammen.[480]

Würde man Lebensminderung und soziale Tötung tatsächlich politisch und rechtlich minimieren wollen, dann müsste man systembezogene Lebensminderungsverringerung und Lebensoptimierung betreiben, z.B. Erhöhung der Erbschaftssteuer, Beschränkung der Einkommensstreuung, Unterstützung unterprivilegierter Familien und Kinder, Qualitätsverbesserung der

---

[476] Man könnte dem Begriff „der neuen europäischen Sterbepolitik“ durchaus einen plausiblen Sinn geben: Seit dem Ende des 2. Weltkrieges wird das Leben mindern und Töten immer erfolgreicher aus dem Territorium der EG bzw. der EU ausgelagert. Diese Kompetenz hatten die US-Amerikaner schon einige Zeit vor den Europäern erworben.

[477] Es wäre sehr wichtig, wenn die Bevölkerung über die Lebens- und Sterbepolitik besser informiert würde. Nicht nur in korrupten Regimen sondern auch in den hochentwickelten Staaten wird allerdings eher Verschleierung und Desinformation betrieben, auf die offensichtlich auch UniversitätsprofessorInnen hereinfallen.

[478] Die Formulierungen sind verräterisch. Die „Freiheit“ des Nationalen Ethikrates wird aufgenötigt. Der Wille des Sterbenden wird nicht respektiert. Über den Sterbenden wird entschieden und alle Beteiligten haben sich der Entscheidung anzuschließen.

[479] Manche Rechtswissenschaftler stilisieren und ideologisieren die Tötungsregelungen zu einem *Tötungstabu* (z.B. Dreier 2007).

[480] Damit diese unbeabsichtigten Folgen von Gesetzen und politischen Entscheidungen der Öffentlichkeit nicht bekannt werden, werden empirische Forschungen möglichst vermieden bzw. ihre Ergebnisse in entöffentlichte Räume abgeschoben.

Frühpädagogik, neue Steuerung der Entwicklungshilfe der EU-Staaten, Abbau von Agrarsubventionen, Verringerung des Schadstoffausstoßes, lebensbezogene Curriculumreform etc. Diese Maßnahmen würden bessere Ergebnisse liefern als Strafrechtsverschärfung, Verbot aktiver Sterbehilfe, restriktive und paternalistische Lebens- und Sterbegesetzgebung[481].

Nichttöten, nonkilling

Es gibt Institutionen, Gruppen und Personen, die Nichttöten als grundsätzlichen Wert proklamieren, z.B. Center for Global Nonkilling, Zentrum zur Förderung des Nichttötens. Ein generelles Tötungsverbot, wobei die Operationalisierung von Töten sehr unterschiedlich erfolgte, wurde in verschiedenen Kulturen immer wieder vorgeschlagen. Die derzeitige globale Diskussion der für diese Sache Engagierten versucht, rationale und wissenschaftliche Strategien zu entwickeln, um das Ziel zu erreichen.

“In order to achieve a Nonkilling Society, no less than four other discrete global problems must be all solved, ‘we can engage five problems that are now globally salient: continued killing and the need for disarmament; the holocaust of poverty and the need for economic equity; violations of human dignity and needs for mutual respect of human rights; destructions of the biosphere and the need for planetary life-support; and otherdenying divisiveness that impedes problem-solving cooperation’ (Paige, 2007: 111).” (Ish-Shalom 2010, 37)

Praktiken und Akzeptanz des Tötens und der Lebensminderung

Die soziale Lebensminderung ist u.a. aufgrund von Wirtschafts-, Politik-, Rechts-, Bürokratie- und Architekturmängeln in der modernen Gesellschaft in vielfältiger Weise institutionalisiert, z.B.

- Gefängnisse
- Geschlossene Anstalten für psychisch Kranke etc.
- Dauerarbeitslosigkeit
- Obdachlosigkeit
- Ökonomische Ausbeutung
- Soziale und schulische Infrastruktur für Unterprivilegierte.

Die Akzeptanz des Tötens in westlichen Industriestaaten ist von verschiedenen Bedingungen abhängig:

- Selbst- oder Fremdtötung
- Zustimmung des Betroffenen zur Tötung
- *Alltags*- und *Expertenrationalität*
- schwer erträglicher physischer, psychischer oder sozialer Zustand der betroffenen Person
- Nutzen für andere Personen bzw. gravierende Nachteile, z.B. Existenzbedrohung, wenn die Tötung nicht stattfindet
- Wert der Opfer (nach Meinung der Beurteilenden).

Durch die sprachliche und rechtliche Normierung werden die kulturellen Praktiken mitgesteuert. Viele Menschen mindern Lebensquantität und –qualität anderer Menschen[482] auf andere Weise, als es ihrer ‚kindlichen Moral’ entspricht und strafrechtlich erfassbar ist, und entgehen damit nicht nur äußerer sondern meist auch innerer Bestrafung. Einige Formen des Tötens bzw. der Lebensminderung führen sogar zu offiziellen Belohnungen in Politik, Wirtschaft und Religion, z.B. Töten im Krieg oder profitbringende fernlebensmindernde Entscheidungen.

---

[481] Paternalistisch ist etwa die Aussage des Hohen Senats, dass niemand *selbstherrlich* über sein eigenes Lebens entscheiden dürfe (BGHSt 6, 147).

[482] Google liefert Erkenntnisse: Reizdarm, Lärm etc. mindern Lebensqualität, nicht andere Menschen, Institutionen, Regelsysteme etc.!

Tötung ist in vielen Fällen nicht ‚beabsichtigt' bzw. die *Absichten* sind der Person nicht voll bewusst bzw. werden nicht nur gegenüber anderen sondern auch gegenüber sich selbst als nicht auf Tötung bezogen interpretiert.

In den hochentwickelten Staaten gab und gibt es in den oberen Schichten Lebensminderer[483], die selten oder nie persönlich gewalttätig geworden sind. Je zivilisierter ein Staat und seine herrschenden Akteure wurden, umso weniger übten die Führungsgestalten persönlich Gewalttaten aus, umso länger wurden die Entscheidungs-, Befehls- und Kommunikationsketten, so dass der *Nachweis der Verursachung* massenhafter Lebensminderung immer mehr erschwert wurde. Eine weitere staatliche Strategie der Auslagerung des Tötens besteht in der Privatisierung, wobei nicht nur das Wachstum privater militärischer Unternehmen gemeint ist.[484]

Waters (2007) meint, dass die Praxis des Tötens und Minderns von Leben in Regionen und Staaten besser durch sozialökologische Analysen als durch Analyse der rechtlichen Normierung oder der Intentionen von Personen erklärt werden kann. Diese These kann generalisiert werden.

These 18: Lebensminderung erfolgt durch ein Netzwerk von Faktoren, so dass interdisziplinäre und internationale Studien erforderlich wären, um Theorien zu generieren und zu prüfen und politische und rechtliche Maßnahmen rationaler zu gestalten.

Mord

Die Mordraten innerhalb Europas haben in den vergangenen 500 Jahren stark abgenommen, allerdings nur wenn man den staatlich verordneten oder auch anderweitig „gerechtfertigten" Massenmord, Krieg, Genozid oder strukturelle gravierende Lebensverkürzung – im 20. Jahrhundert häufig erprobt, ausgliedert. Massenmord und –totschlag werden nur in seltenen Fällen einer breiten Öffentlichkeit bekannt. Die internationale Forschergemeinde hält sich an die von allen Staaten ‚verordneten' Regeln, dass Massenmorde nur selektiv erforscht werden dürfen. Dies ist scheinbar erstaunlich, da viele – naiverweise – annehmen, dass Massenmord doch nicht verheimlicht werden kann.
Trotzdem ist der normale Mord auch quantitativ bedeutsam. Im 20. Jahrhundert wurden mehr US-Amerikaner im eigenen Land ermordet als in Kriegen gefallen sind (vgl. Aiken 2001, 60)

Für die meisten Menschen bedeutet Mord eine absichtliche Tötung, wobei Krieg, Todesstrafe und Notwehr ausgegliedert werden. Wenn allerdings die getötete Person der Tötung zugestimmt hat, dann wird ein Teil der Menschen dies nicht als Mord einordnen.
Die Einstellungen gegenüber einer Tötung, die nicht gegen den Willen des Getöteten gerichtet ist, weil das Lebewesen nicht in einem Bewusstseinszustand ist, der einen eindeutigen Willen zulässt, bzw. weil über den „Willenszustand" kein Konsens besteht, sind vielfältig. Es gibt Personen, die die absichtliche Tötung eines Fötus oder auch eines Primaten als Mord bezeichnen. Außerdem entsteht häufig Dissens bei der Feststellung der „Absicht" oder „Intention"[485], bzw. der Qualität von Absicht für eine Zuordnung von Mord zu einer Handlung. Eine konkrete legitime Zuordnung geschieht über herrschaftliche Verfahren, die in zunehmendem Maße professionalisiert und ‚verwissenschaftlicht' werden.

"Ein Kind, das heute verhungert, wird ermordet", meint der Schweizer Soziologe und ehemalige UN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Nahrung, Jean Ziegler.[486]

---

[483] Semantische Angebote: Lebensausbeuter, L.parasiten, L.umwandler.
[484] Diese Auslagerung des Tötens wurde von den antiquierten Politik- und Rechtssystemen noch nicht adäquat zur Kenntnis genommen und sie ist in den Schul- und Hochschulcurricula noch nicht angekommen.
[485] Eine wissenschaftliche Operationalisierung von „Absicht" oder „Intention" ist immer eine Wertentscheidung, so dass sie letztlich für eine „objektive" soziale oder rechtliche Entscheidung keine befriedigende Rechtfertigung liefern kann.
[486] http://sandimgetriebe.attac.at/6050.html. Philosophisch differenzierte ähnliche Argumente vermittelt Thomas Pogge.

Diese Aussage werden nur wenige Personen in Europa für korrekt halten. Doch sehr viele werden den Appell verstehen: Die Großfinanzspieler[487], Regierungen, Inhaber leitender Positionen und vor allem die gebildeten und wohlhabenden Menschen in den reichen Staaten sind für den Hunger in der Dritten Welt und für kannibalistische globale Herrschaftsverhältnisse[488] mitverantwortlich. Der Begriff *Mord* wird in diesem Zusammenhang freilich von den meisten abgelehnt, da wohl keine eindeutige Absicht zur Tötung bei den verantwortlichen Personen und Gruppen nachweisbar ist – allerdings zunehmend ein Bewusstsein für die ‚Zusammenhänge'. Deshalb wird hier für die Sensiblen der Begriff *Lebensminderung* angeboten. Rechtlich wären die Begriffe *unterlassene Hilfeleistung* und *Totschlag durch Unterlassen* zu nennen, wobei sie nur dann greifen würden, wenn Rechtssysteme im Interesse ALLER Menschen modernisiert würden.

Eine interessante Frage: Warum wird der uralte Mordbegriff gesellschaftlich und herrschaftlich so gepflegt und hochgejubelt? Nachdem die wichtigsten Leben und Sterben betreffenden Entscheidungen von Führungsgruppen getroffen werden, die wahrscheinlich im Vergleich zu armen und unterprivilegierten Gruppen in geringem Maße Mörder im uralten Sinn enthalten, jedoch durch ihre Entscheidungen das Minderleben und frühzeitige Sterben von hunderttausenden Menschen mitbewirken, sollte man sich vielleicht über semantische und pragmatische Feldgestaltung, Begriffe, Schemata und Skripte Gedanken machen, die als moralische und soziale Anker und als Grundlage rechtlicher Regelungen benutzt werden.

Die soziale und emotionale Distanz zum *kleinen Töten* (offiziell Mord genannt) wird durch Medien, Politik und Recht verringert. Stolz wird auf die verbesserte Aufklärung bei Morden hingewiesen. Die soziale und emotionale Distanz zum *großen Töten* (Lebensminderung im Großen) wird möglichst ausgeweitet. Das *große Töten* wird in einem anderen semantischen Raum angesiedelt. Es erscheint depersonalisiert, seziert in Statistiken, abstrakt. Gelegentlich wird es durch blutige Bilder aus den ‚Krisenregionen' zusätzlich verdeckt.

Zeit, Intention und Tatherrschaft

Zeit ist offensichtlich ein wichtiger Faktor, um die herrschaftlich verkrustete Dichotomie Tötung und Nicht-Tötung real und justiziabel zu machen. Wenn eine Person, die nur mehr kurze Zeit leben wird und offensichtlich schwer leidet, von einer anderen Person eine Spritze erhält, die in einigen Minuten zum Tode führt, dann handelt es sich um eine Tötung, ja evtl. um Mord. Wenn die Person dagegen Mittel erhält, die eine terminale Sedierung einleiten und sie erst nach 60 oder 300 Stunden stirbt, dann handelt es sich um Nicht-Tötung. Und wenn eine Million Menschen – meist mit Beteiligung von Wissenschaftlern – aus Profitgründen ‚behandelt' werden oder ‚Nebenwirkungen' des Projekts erleiden, so dass Hundertausende innerhalb von einigen Jahren frühzeitig sterben, dann handelt es sich nicht nur um Nicht-Tötung, sondern um Höchstleistung, Professionalisierung, vielleicht sogar Exzellenz. In hoch entwickelten Rechtssystemen ist die Zeitspanne zwischen der Tötung und dem vermutlichen physischen Ende der Person ohne diese Tötungshandlung für die Strafwürdigkeit offiziell irrelevant. Doch tatsächlich werden Personen, die eine rasche Tötung auf Verlangen durchführen härter und eher bestraft als Personen, die geschickt eine langwierige Tötung ohne Verlangen bewirken (vgl. z.B. Null et al., o.J.).

Wenn einer Person nachgewiesen werden kann, dass sie eine unerlaubte Tötung beabsichtigte, wirkt dies in der Regel strafverschärfend. Je kapital- und ressourcenreicher eine Person ist,

[487] „Wenn in den Preisen so viel exzessive Spekulation enthalten ist, wie wir annehmen, dann kostet die zusätzliche Preissteigerung Millionen Menschen die Gesundheit oder gar das Leben, weil sie sich die Grundnahrungsmittel einfach nicht mehr leisten können" (Joachim von Braun in: Der Spiegel 34/2010, 73).

[488] Die heuchlerische Entrüstung über den „deutschen Kannibalen" ist gut geeignet, den eigenen Mikro-Makro-Kannibalismus, wobei es sich rechtsorthodox wohl eher um Mikro-Makro-Raumbmord handelt, verborgen zu halten.

umso mehr Chancen hat sie, ihre Intentionen flexibel und regelgerecht zu präsentieren und bei Fehlverhalten ihre eindeutige Bestimmung durch Kontrollorgane zu verhindern.[489]
Tatherrschaft bedeutet in der Regel, dass die Person selbst Hand anlegt, oder dass eindeutig nachgewiesen wird, dass sie einer anderen Person befohlen hat, Hand anzulegen. Je kapital- und ressourcenreicher eine Person ist, umso weniger legt sie überhaupt – nicht nur bei Tötungen – „Hand“ an und umso weniger sind ihre Kommunikationsweisen eindeutig erfassbar. In einer globalen Gesellschaft sind die cleveren Massenmörder und Massenlebensminderer zur Tatzeit tausende Kilometer von den Orten der Taten entfernt.[490] Schweizer katholische Ärzte nähern sich zaghaft dieser Erkenntnis – es ist zu hoffen, dass sie diese auch auf Schweizer Banker anwenden[491].
Je kapital- und ressourcenreicher eine Person ist, an umso mehr Tötungen ist sie indirekt oder implizit beteiligt. Die wissenschaftliche Erforschung dieser Hypothese wird stark behindert, vor allem besteht kein ‚öffentliches Interesse‘ an der Aufklärung über diese Tatsache.
Nur bestimmte Formen des ‚Hand anlegens‘ werden als Tötungshandlung anerkannt, d.h. die Metapher ‚Hand anlegen‘ wird durch herrschende Gruppen dogmatisch bestimmt und es wird nicht gewünscht, dass dieser semantische Machtdiskurs außerhalb der Rechtsscholastik thematisiert wird.

These 19: Bei einem zunehmenden Anteil der weltweiten Tötungen werden Begriffe wie Tatherrschaft und Intention wissenschaftlich und human(istisch) unbrauchbarer[492], da es sich um nicht-lineare Systemprobleme handelt (vgl. z.B. Gray 2003).

Die rechts- und medizinscholastischen Überlegungen und Feststellungen, ob eine ‚reine‘ oder für die Anerkennung einer Expertenentscheidung ‚ausreichende‘ ‚Intention‘ bei einem ‚Täter‘ vorliegt, stehen in herrschaftlicher und professioneller Korrespondenz zur ‚evidenz-basierten‘ Magie des dogmatischen Absprechens von ‚Freiheit‘ bei Personen, die Suizid begehen.

Nur wenige Massentöter des 20. Jahrhunderts sind frühzeitig durch Fremd- oder Selbsttötung gestorben, die meisten haben ordnungsgemäß und luxuriös durch Ärzte betreut ihr *natürliches Sterben* erhalten. Und? Ja, das ist einfach zum Nachdenken, sonst nichts. Und noch ein peripherer Nachschub: von den Piloten, die für den präzisen und gelingenden Abwurf der Atombomben auf Hiroshima und Nagasaki zuständig waren, ist m.W. nur einer nachträglich ausgeflippt.[493]

Kollektives Töten, Krieg

In merkwürdiger Ignoranz gegenüber der Formung von Kultur und Gesellschaft durch Krieg und Genozid haben sich Soziologen wenig mit diesen Themen beschäftigt, sondern dies anderen Disziplinen überlassen (Feldmann/ Fuchs-Heinritz 1995; Joas/ Knöbl 2008). Doch diese Zurückhaltung ist verständlich, da das Kosten-Nutzen-Verhältnis der kritischen Beschäftigung mit dem Thema Töten und vor allem mit *legitimem Töten* für Sozialwissenschaftler ‚ungünstiger’ ist, als die Bearbeitung eines weniger gefährlichen Forschungsgelder lösenden Themas. Dies trifft auch auf SozialwissenschaftlerInnen im Dienste politisch-militärischer Institutionen zu. Im Sachregister des Buches „Militärsoziologie“ (Leonhard/ Werkner 2005) gibt es folgen-

[489] Wenn ein Arzt einem alten unheilbar kranken Menschen ein Medikament gibt, damit er seinem Leiden ein Ende bereiten kann, sind finstere Intentionen handlungsleitend, dagegen ist die Entscheidung eines Chefarztes oder Managers, eine Villa oder ein anderes Objekt um 2 Millionen Euro zu kaufen, von hellen Intentionen begleitet.
[490] ‚Objektive’ oder ‚unabhängige’ Bewertungen in reichen Staaten geltender rechtlicher Regelungen im Lichte wissenschaftlicher Erkenntnisse verbunden mit humanistischen Werten haben – soweit sie überhaupt existieren – keine Durchsetzungschancen.
[491] „…stellt die Bereitstellung der erforderlichen Mittel bereits einen sehr weitgehenden Beitrag zur eigentlichen Tötungshandlung dar“ (Ryser-Düblin/ Zwicky-Aeberhard/ Gürber 2008, 1248).
[492] Die herrschaftliche und sonstige Brauchbarkeit kann durchaus ausreichend oder sehr gut sein.
[493] Günther Anders hat daraus ein Textgeschehen produziert.

de Schlagworte *nicht*: sterben, Tod, Genozid, Kriegsverbrechen, Suizid, töten, Tötung, Rüstungsindustrie, Ökologie. Allerdings findet man folgende wichtige Schlagworte: Induktion, Statistik, Verantwortungsethik.
Die öffentlichen Sprecher verwenden gerne den Begriff Tötung (auf Verlangen), wenn es um Sterbehilfe geht, doch bei der militärischen Ausbildung und ihrer Wissenschaft[494] ist *Tötung ohne Verlangen* ein Unbegriff.

> „Das Töten im Krieg ist ... mit einem Tabu belegt, das eine camouflierende Sprache und einen besonderen Legitimationsaufwand erfordert. Der immense Aufwand an Sinnstiftungen, mit dem das Töten im Krieg verhüllt und legitimiert wird, zeigt, wie schwer die zivile Moral, das Tötungsverbot, wiegt.“ (Kühne 2004, 14)[495]

Eine thematisch verschobene Version:

> Das Töten bzw. Leben Mindern im zivilen Kampf[496] ist ... mit einem Tabu belegt, das eine camouflierende Sprache und einen besonderen Legitimationsaufwand erfordert. Der immense Aufwand an Sinnstiftungen, mit dem das Töten bzw. Leben Mindern im zivilen Kampf verhüllt und legitimiert wird, zeigt, wie schwer die zivile Doppelmoral, das Verbot, offen und kritisch über das Töten zu sprechen, wiegt.

Ob es sich in beiden Fällen um „Tabus“ handelt, sei dahingestellt. Auch ob die „zivile Moral“ ein so starkes ‚Gewicht’ hat, ist nicht einfach zu belegen. Gewiss ist, dass in beiden Fällen massive Interessen bestehen, zu verhüllen und zu legitimieren. Ein Unterschied besteht darin, dass immerhin eine beachtliche Menge von kritischer wissenschaftlicher Literatur zum Töten im Krieg, jedoch nur wenig zum Töten im zivilen (primär ökonomischen) Kampf auf dem Markt ist. Deshalb muss auch weniger in die Umdeutung, Rechtfertigung und gewaltsame Sicherung des Tötens bzw. Leben Minderns im zivilen Kampf investiert werden.
Beide Lebensminderungsbereiche (militärischer und ökonomischer Kampf) sind stark verwoben und zeichnen sich dadurch aus, dass sie in der Mehrheit der Fälle staatlich und rechtlich legitimiert sind, im Gegensatz zu Mord und Totschlag oder zur Tötung auf Verlangen.

Die *indirekte Kriegsführung* ist für die ‚friedlichen Staaten’ immer bedeutsamer geworden, da die direkte Kriegsführung für sie äußerst unerwünschte Nebenwirkungen hatte. Es gibt verschiedene Formen der indirekten Kriegsführung. Hier sollen nur drei genannt werden: der ökonomische Kampf[497], der ökologische Kampf (Welzer 2010) und die Kriegsführung durch Akteure im direkten oder indirekten ‚Auftrag’ von kapitalstarken Gruppen oder Organisationen, z.B. durch abhängige Regierungen, Warlords, paramilitärische Verbände etc. (outsourcing, vgl. Chwastiak 2007). Die Vernetzungen werden immer komplexer und für die meisten Menschen ist ein ‚gutes Wissen über internationale Lebensspiele’ immer schwieriger zu erwerben. Außerdem werden immer mehr zielgruppenspezifische ‚Wirklichkeitskonstruktionen’ auf lokalen und globalen Märkten verkauft. Selbstverständlich werden Untersuchungen über die indirekte Kriegsführung auch in den hochentwickelten Demokratien kaum durchgeführt. Außerdem haben sich die Menschen in den reichen Ländern an den permanenten indirekten Krieg gewöhnt, er ist Teil ihres Lebensstils, ihres Habitus, ihres Fatalismus.

---

[494] Die Militärwissenschaft wird von den reichen Staaten gut finanziert, die Thanatologie nicht.

[495] Eine „zivile Moral“ kann nicht autoritär gesetzt, sondern nur empirisch erfasst werden (vgl. van den Daele 2008b, 121).

[496] Die Krieger im traditionellen Sinn haben in den europäischen Staaten anteilsmäßig abgenommen, doch die Zivilkrieger, vor allem die wirtschaftswissenschaftlich ausgebildeten, haben stark zugenommen.

[497] „.. a naive faith in economic theory has led to outcomes which had they been inflicted by weapons rather than by policy , would have led their perpetrators to the International Court of Justice“ (Keen 2010, 311). Allerdings ist der ‚Glaube’ wohl nicht ‚naiv’.

Nicht-Tötung: Lebensminderung durch nicht-tödliche Waffen und Technologien

In modernen Gesellschaften wird Gewalt und Tötung im engeren Sinn minimiert, doch es wird auf *friedliche* Weise[498] unterworfen, normalisiert, rationalisiert, gedemütigt, *depressiert*[499] und soziale Ungleichheit hergestellt (vgl. Therborn 2013). Exzellent wird Gewalt und Tötung von reichen Personen, Gruppen und Staaten ausgelagert.

Die ‚friedliche' Lebensminderung geschieht vor allem durch die Gestaltung des ökonomischen Systems, das immer mehr im Interesse kapitalstarker privilegierter Minderheiten mit Hilfe von wissenschaftlich ausgebildeten Experten ‚optimiert' wurde.[500]

Aufgrund der Zunahme der Anzahl von Hoch- und Edelmenschen (globale Standesgesellschaft) und deren gestiegenen Ansprüchen werden in den von ihnen gesteuerten sozialen Systemen Lebenseinschränkungen[501] vor allem für die stark Unterprivilegierten ‚in Kauf genommen' bzw. direkt bewirkt. Diese Lebensminderung erfolgt jedoch immer mehr, ohne direkte den primär Steuernden zuzuschreibende Aktionen. Beachtlicher wissenschaftlicher, technologischer und bürokratischer Aufwand wird betrieben, um ‚sanfte unsichtbare Waffen' der Ausbeutung und der Schädigung zu entwickeln und anzuwenden, z.B. internationale ‚Vereinbarungen', Exzellenzprogramme, Hochbegabtenförderung, Deregulierung der Finanzmärkte, Mindestlohnverweigerung, Verweigerung von frühpädagogischen Programmen, Vermögens- und Erbschaftssteuerminimierung, Hochkulturluxurierung. In den Wirtschafts- und Rechtssystemen der reichen Staaten sind viele Waffen und Lebensminderungsmaschinen und –märkte geschaffen worden, die selbstverständlich nicht als Waffen ‚gedeutet' oder ‚verstanden' werden.

Durch neue ‚Technologien' der Nicht-Tötung (z.B. Gebrauch nicht-tödlicher Medikamente oder Waffen, kafkaeske Bürokratisierung, Rechtssystemverschlingungen) und ‚innovativer' physischer, psychischer und sozialer Lebensminderung und Verhaltenskontrolle, die in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Schulen, bei Polizei- und Militäreinsätzen zunehmend erprobt werden, ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten der ‚Therapie', ‚Belehrung', Steuerung, Unterdrückung, Diskriminierung, Depressierung, Folter und Sicherung von Herrschaft und Umverteilung.

Diese durch neue Technologien und Überwachungsinstitutionen ermöglichten Unterwerfungsstrategien werden – wie gesagt – nicht nur bei Einsätzen der Polizei und anderer Sicherheitskräfte angewendet, sondern auch bei Einsätzen von Ärzten, Juristen, Lehrern, Sozialarbeitern, Richtern, Wissenschaftlern und anderen Professionellen. Die *Sicherheitsgesellschaft* ermöglicht eine Minimierung des *internen* physischen Tötens i.e.S. durch herrschende Instanzen bei gleichzeitiger Optimierung Privilegien stützender *Lebenskontrolle*[502], wobei Terrorismus, ‚Überfremdung', ‚Amokläufe', ‚Heuschrecken', mafiöse Strukturen, permanente ‚Krisen' und

---

[498] Das bedeutet: Minimierung der Anwendung physischer Gewalt, doch mangelhafte Kontrolle der Anwendung psychischer und sozialer Gewalt.

[499] Das Wort „depressieren" wird hier vorgeschlagen, da zwar herrschende medizinische und auch alltägliche Sichtweisen behaupten, dass Depressionen durch den Körper bzw. das psychische System des Betroffenen erzeugt werden, jedoch viele Untersuchungen darauf hindeuten, dass gesellschaftliche Verhältnisse die Hauptproduzenten sind. Man kann auch sagen, dass es den herrschenden Gruppen gelungen ist, Repression mit Depression der Entkapitalisierten erfolgreich zu koppeln.

[500] Die Interessen Unterprivilegierter werden so weit berücksichtigt, dass sie dauerhaft unten bleiben.

[501] Der Begriff „Lebenseinschränkung" ist ein gutes Beispiel für die soziosemantischen den Nutzern nicht bewussten Rahmensetzungen: er wird nur im medizinischen und psychologischen Sinn verwendet, nicht soziologisch, politisch, inter- und transdiziplinär. Interessant sind gewisse Unterschiede zwischen Google und Google Scholar: Die WissenschaftlerInnen sind konformistischer als die Nicht-WissenschaftlerInnen.

[502] Die Akzeptanz der ideologischen Alternative *Sicherheit oder Freiheit* bzw. der Behauptung *Nur durch die ‚neue Sicherheit' wird die Freiheit garantiert!* verleitet die Mehrheit der Menschen, auch in den reichen Staaten, unerwünschte Autonomieeinschränkungen, Kapitalverluste *und* – scheinbar paradox – Verstärkung von Unsicherheitsgefühlen hinzunehmen.

andere wirksame Reality- und Medienmythen[503] zur Rechtfertigung herangezogen werden (vgl. Mattelart 2007).

Biothanatoökonomie: Markt, Herrschaft und Ideologie

Multidisziplinäre und reflexive Analysen der Lebens- und Sterbediskurse zeigen, dass permanente Konflikte um Lebensmehrung und –minderung die Szenen beherrschen, dass menschliche und nichtmenschliche Lebewesen hergestellt und verwertet werden und somit dass diese Diskurse nicht ‚neutral' sind, sondern interessengefüttert und ressourcenabhängig. Leben und Tod erweisen sich als multidimensional produziert. Produktion ist im dominanten gesellschaftlichen System in der Ökonomie verankert, deren Theorien, Ideologien und Praktiken freilich in andere Subsysteme diffundieren. Leben und Sterben werden interessenbezogen und gewinnorientiert hergestellt, instrumentalisiert, verkauft, gekauft, dienstbar gemacht. In der Regel wird Lebensproduktion nur eingeschränkt verstanden, als Herstellung von Gütern zur Bedürfnisbefriedigung. Hier wird Lebensproduktion in einem weiteren Sinne gebraucht: die Herstellung der quantitativen und qualitativen Aspekte menschlichen Lebens. Menschliches Leben diente und dient verschiedenen Zwecken, für die es von den Primärproduzenten meist nicht explizit hergestellt wurde. Im 18. und 19. Jahrhundert verwendeten es die europäischen imperialistischen Herrschaftseliten und Staatsbeauftragte, um ihre Expansion und Kapitalakkumulation zu betreiben. Heute dient menschliches und nichtmenschliches Leben in vielen armen Ländern der kostengünstigen Ausbeutung durch reiche Gruppen.

In modernen Gesellschaften wurden im Gegensatz zu traditionalen Kulturen *Lebensreproduktion* einerseits und Sterben und Tod andererseits auseinandergerissen, funktional separiert. Vorstellungen von Reinkarnation oder Kreisläufen sind in der offiziellen westlichen Kultur nicht verankert und das Reich der Toten ist politisch, rechtlich und ökonomisch unbedeutend. Die Sterbenden gelten als ‚unfruchtbar' und unproduktiv, aber ökonomisch verwertbar. Allerdings hat sich das Konstrukt Reproduktion in modernen Gesellschaften gewandelt und pluralisiert. Was wird reproduziert? Die genetische Struktur, die Meme, die Position, das heilige Kollektiv, die Organisation, das Ich, das Kapital etc.? Im organisierten Sterben werden vor allem Organisation (Krankenhaus, Heim) und Profession (Arzt, Pflegekraft) reproduziert, d.h. die sterbende Person ist ein Gegenstand, eine Ressource für diese Reproduktion – Sterbekapital.

Die nationalen Politiken und Rechtssysteme dienen den neofeudalen Oligarchien der Weltökonomie[504] (vgl. Neckel 2010). Die Superreichen und die Reichen[505] betreiben ökonomische Spiele und Luxuskonsum, die in noch stärkerem Maße als in den alten Feudalsystemen mit nachhaltiger Lebensminderung und –zerstörung verbunden sind – aber auch mit Lebensmehrung! Die über Medien und Wissenschaft erfolgende Diskurs(ab)lenkung in der Biothanatosphäre ist folglich von zentraler Bedeutung für die FührerInnen und ihr Legitimationspersonal. „Ökonomie des Sterbens" und „Ökonomie des Todes" werden kaum beforscht (vgl. Lopez/ Gillespie 2015) und in der hochrangigen Öffentlichkeit dürfen nur ritualisierte biothanatologische Aussagen meinungsprägend werden.

Die ökonomischen Auseinandersetzungen finden in hierarchisierten Feldern statt und sind gerahmt, d.h. Organisationen und Professionen sind für die ‚ordnungsgemäße' Durchführung

[503] Reale Ereignisse, wie der Terrorangriff auf das WTC, wurden sehr schnell in Mythen transformiert und dienen als Mittel der Manipulation.
[504] Hierbei geht es nicht um Verschwörungstheorien, Geheimgesellschaften etc.
[505] *Reich* ist wie *arm* ein relationaler Begriff (vgl. Krysmanski 2012).

der ‚Kämpfe', der Lebensminderung und –mehrung und der Diskurs- und Ideologiegestaltung[506] zuständig.
Nicht nur auf der Makroebene großer Kollektive und Staaten, sondern auch auf der Mesoebene bestimmen Konflikte das Geschehen. Privilegierte und andere Professionen und Organisationen sind an Sterben und Tod interessiert und konkurrieren um Ressourcen und Klienten: Gesundheits- und Pharmafirmen, Ärzte, Krankenpflegepersonal, Altenpfleger, Kirchen, Hospizvereine, Juristen, Bestatter, Psychologen, Investoren.
Beim Sterben geht es um beachtliche Kapitalverschiebungen, in den letzten Lebensjahren verbrauchen Menschen in reichen Staaten viel Geld[507]. Verschiedene Interessengruppen kämpfen um:

- Zugang zu den Fleischtöpfen
- Exklusion von Konkurrenten
- Ausweitung des Territoriums (z.B. zusätzliche Klienten)
- Gestaltung des Wertehimmels und der doxa gemäß ihren Vorstellungen
- Bedienung der ideologischen Nebelwerfer und Diskursmaschinen – immer häufiger mit Hilfe von hochqualifizierten WissenschaftlerInnen.

Wenn man die öffentliche Diskussion der vergangenen Jahrzehnte um Sterben in Krankenhäusern, Heimen, Hospizen, Palliativstationen und zu Hause verfolgt, dann erkennt man, dass ökonomische Faktoren eine zentrale Rolle spielen. Begleitet wird diese Ökonomisierung von unterkomplexen Expertenwarnungen: Entscheidungen über Leben und Tod sollten grundsätzlich nicht ‚ökonomisiert' werden (vgl. Kuhn 2009; Gethmann-Siefert 2008).

> „Die Verneinung der Ökonomie vollzieht sich in einer Arbeit, die objektiv der Verklärung der ökonomischen Beziehungen und vor allem der Ausbeutungsbeziehungen … dient" (Bourdieu 2011, 195).

Doch die meisten gebildeten Menschen in den reichen Staaten wissen zumindest ‚intuitiv' über die Mehrdimensionalität Bescheid und fällen soziale und moralische Entscheidungen kontextspezifisch, d.h. ökonomisch, personal und sozial ‚hybridisiert'. Lebensbezogene Selektion, Ökonomisierung und Rationierung finden in allen gesellschaftlichen Systemen permanent statt, können folglich nicht vermieden werden. Vermieden werden jedoch offene Diskurse[508], Transparenz und Forschung[509] (vgl. Boldt 2008).

Ein paternalistisches Argument für verdeckte oder implizite Selektion, Lebenschancenverteilung und Rationierung betrifft den erodierenden Glauben von Unterprivilegierten an die heuchlerischen Versicherungen, dass keine oder eine ‚gerechte' Rationierung stattfinde: Die ‚Gläubigen' würden sich dank der Illusion besser fühlen als angesichts der bitteren Wahrheit. Ernster zu nehmen ist das Argument der nicht vorhersagbaren Wirkungen weitergehender Transparenz[510] (vgl. Jansen 2010). Doch würde man schrittweise eine experimentelle demokra-

---

[506] Das "Geschäft mit dem Tod" wird in den von Interessengruppen gesteuerten Medien dadurch ausgeblendet (Silencing), indem die Aufmerksamkeit wirkungsvoll auf periphere „Geschäftemacher", nämlich Organisationen zur Beihilfe beim Suizid, gelenkt werden. Gelegentlich werden Schlaglichter auf „abweichende" Bestatter und Organhändler geworfen, um die Normalität des Hauptgeschäftes abzusichern.
[507] "About 5% of Medicare beneficiaries die each year, according to a 2001 study published in Health Affairs. But spending during the last year of life accounted for 27.4% of total Medicare spending, the report found." http://online.wsj.com/article/SB125012322203627701.html
[508] Ethische Erörterungen, in denen diffus und ohne Systemdiskussion das „öffentliche Wohl" beschworen wird, dienen implizit der Verhinderung kritischer Einsichten (z.B. Kick 2004, 37 f).
[509] In empirischen Forschungen wird Rationierung eingeschränkt operationalisiert, so dass sie als ein nicht so häufiges Phänomen identifiziert werden kann (vgl. Strech 2011).
[510] Transparenz ist kein ‚Wert an sich'. Nicht die kontextmissachtende totale Ausleuchtung aller ‚Grauzonen' und ‚Dunkelfelder' ist zu fordern. Transparenz ist im Rahmen komplexer Theorien, Strategien und Modelle zu bestimmen, wobei Ziele wie ‚nachhaltige Verbesserung der globalen Lebensbedingungen' leitend sind.

tische Gesellschaft[511] auf den Weg bringen, in der Aufklärung und Transparenz tatsächlich Topziele sind, wären die sozialen Probleme eher lösbar als derzeit.

Viele Vertreter des *guten Sterbens* nehmen eine Doppelhaltung ein: einerseits wenden sie sich „aus ethischen Gründen“ vehement gegen eine ökonomische Kalkulation, durch die Lebensverlängerung und –verkürzung und Versorgung von Sterbenden gesteuert wird, andererseits fordern sie undifferenziert und unkritisch weitere finanzielle Mittel für den Ausbau der Pflege- und Palliativökonomie etc.[512] Dadurch stützen und stärken sie das derzeitige medizinische System, das eine gewichtige Rolle bei der Herstellung sozialer Ungleichheit spielt.
Distanziert betrachtet handelt es sich um Feld- und Verteilungskämpfe, wobei man keineswegs bei den ritualisierten Argumentationsstrukturen der Streiter verharren sollte, die häufig Systemgesichtspunkte und Prioritätensetzung nicht oder interessenbezogen und moralisierend behandeln. In großen Teilen der Bevölkerung hat sich ein berechtigtes Misstrauen gepaart mit der Vermutung entwickelt, dass hinter den geschönten Verbal- und Medienkulissen Korruption, Selbstbedienung, Inkompetenz und nicht legitime Formen der Ressourcenaneignung stattfinden.
Dass viele Menschen mit ihrem Misstrauen gegenüber den medizinischen, politischen, ökonomischen und rechtlichen Organisationen und Diskursen recht haben, kann man an der simplen Tatsache erkennen, dass grundlegende Maßnahmen der Gesundheitssteigerung und Lebenschancenverbesserung vernachlässigt, dafür wenige privilegierende und profitsteigernde Maßnahmen und Technologien subventioniert und politisch gestützt werden. Wirksam wäre es, folgende Verhaltensweisen zu fördern: quantitativ und qualitativ gute Betreuung und Förderung von Unterschicht- und Problemfamilien, eine zukunftsbezogene Segregation verringernde Bildung in Kindergärten und Schulen, nicht rauchen, ausreichend Bewegung machen, keinen oder nur wenig Alkohol zu trinken, den Fleischkonsum schrittweise zu senken und die Lebensumwelt verbessern (z.B. Verkehrs- und Wohngestaltung). Doch diese Maßnahmen werden durch Politik-, Bildungs-, Gesundheits- und Rechtssysteme aufgrund von Strukturmängeln nicht optimal gefördert – eine euphemistische Formulierung. Diese scheinbar menschen- und freiheitsfreundliche Liberalität der westlichen Politik und ‚Leitökonomie’ begünstigt weltweit millionenfache Quälerei und Menschenrechtsverletzung.

Die Herrschenden der reichen Staaten haben in den vergangenen Jahrzehnten permanent schwere Menschen- und Lebensverletzungen begangen. Da sie Politik, Recht, Medien und Bildungssysteme kontrollieren, konnte dies meist erfolgreich vertuscht werden. Außerdem konnten sie die Menschen durch Herstellung von herrschaftskonformer doxa und die mediale Skandalisierung der entsprechenden Verbrechen anderer Gruppen und Regierungen ablenken und abstumpfen (vgl. Schriften von Chomsky, Pogge, Feyder, Ziegler u.a.).

In der derzeitigen gesellschaftlichen Lage – könnte man generalisieren – bleibt keiner ‚rein’ und ‚unschuldig’, der sich an diesen ‚Spielen‘ beteiligt – oder (scheinbar) nicht beteiligt. Die Verteilungskämpfe werden sich in Zukunft verschärfen. Physische, psychische und soziale Lebens- und Sterbequalität werden im globalen Kontext immer mehr vom Kapital der Personen und Netzwerke abhängen.

Will man die Verteilung von Lebenschancen, Einkommen, Vermögen und verschiedenen Kapitalsorten rationaler, gerechter und humaner gestalten, als dies bisher geschieht, sollte man

[511] Experimentelle Gesellschaft ist hier nicht im Sinne von Skinners *Walden Two* zu verstehen.
[512] Ein anderes Beispiel für diese Doppelhaltung *Moralapostel/ Oligopolist*: Der Geschäftführende Vorstand der Hospiz Stiftung Eugen Brysch fordert die Bundesregierung auf, die gewerbsmäßige Vermittlung des Suizids unter Strafe zu stellen, wie es der Koalitionsvertrag vorsehe. Leider sei in den vergangenen Monaten auf diesem Feld nichts passiert. "Es kann nicht sein, dass durch die gut gemeinten Diskussionsbeiträge von Hoppe Suizid-Organisationen nach Schweizer Vorbild mit ihren ärztlichen Tötungshelfern ein neues Geschäftsfeld eröffnen."
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/635065/deutsche-hospiz-stiftung-warnt-offener-tuer-gewerbsmaessige-suizidvermittlung.html

folgenden Prinzipien und Maßnahmen hohe Priorität einräumen: Systemansatz, Transparenz, Demokratisierung, Verringerung der nationalen und globalen sozialen Ungleichheit, Verwissenschaftlichung der Diskurse[513], Verbesserung der Wissenschaftsvermittlung für die Bevölkerung.

These 20a: Wer Leben und Sterben verbessern will, sollte sich eher für eine Gesetzgebung, die Einkommens- und Vermögensunterschiede verringert, und ausgezeichnete vorschulische Programme, z.B. Perry Preschool Program, einsetzen als für den Ausbau von stationären Hospizen und Palliativstationen.[514]

Überlegungen zu einem sozialverträglichen humanisierten kostengünstigen[515] Sterben im Gegensatz zu einem medizinische und Pflegeorganisationen begünstigenden teuren Sterben sollten angestellt werden. Auch das ‚preiswertere' Pflegen und Sterben zu Hause ist mit hohen ökonomischen und psychosozialen Kosten und häufig mit Lebensminderung und Benachteiligung in der Lebenslaufbilanz (Backes et al. 2006) der pflegenden Personen, hauptsächlich unterprivilegierter Frauen, verbunden. Altruistische und utilitaristische Vorstellungen waren in den meisten Kulturen weit verbreitet und es wurde häufig erwartet, dass Menschen ihr Leben für gemeinschaftliche Zwecke zur Verfügung stellen. Dies ist eine traditionelle Haltung (Askese, Opfer etc.) und nicht eine postmoderne, wie Fittkau (2006, 310 f) meint. Dass es heute ‚unethisch' oder ‚unmoralisch' sein soll, wenn Schwerkranke oder Sterbende ihre Weiterexistenz im Lichte einer ökonomischen und sozialen Kosten-Nutzen-Bilanz bewerten, ist nur partikularistisch, d.h. aufgrund einer der vielen konkurrierenden Ethiken von Interessengruppen zu ‚begründen', und somit für eine allgemeine z.B. gesetzliche Normierung oder für eine ärztliche Standesethik nicht brauchbar.

> „ … Chinese support for euthanasia involves a communitarian justification of self-sacrifice in the interests of society" (Seale 2010, 218).[516]

Folgende Kombinationsthese sei zur Prüfung freigegeben.

These 20b: In den kommenden beiden Jahrzehnten wird sich die Ungleichheit im Ressourcenverbrauch für die quantitative und qualitative Lebensmehrung der Privilegierten einerseits und für die Elenden andererseits weiter vergrößern. Um dies abzusichern, werden die physischen, psychischen, sozialen und symbolischen Gewalt- und Manipulationsapparate weiter verfeinert und ausgebaut.

Die Lebens- und Sterbeoptionen erweitern sich im oberen Kapitalbereich qualitativ und quantitativ, so dass Vielfalt und Ungleichheit zunehmen werden. Dieser Prozess wird sich im 21. Jahrhundert beschleunigen. Zwischen dem luxurierenden hochwürdigen und dem elenden niedrigwürdigen Leben und Sterben werden sich weitere Klüfte auftun. In den westlichen Staaten wird versucht, durch sedierende und pastorale Medienberichte über Hospize und *palliative care* die Lage im Griff und die Bevölkerung ruhig zu halten. Außerdem wird vermieden, dass unerwünschte Untersuchungen überhaupt durchgeführt werden bzw. entsprechende nicht verhinderte Forschungsergebnisse an eine breitere Öffentlichkeit geraten.

---

[513] Die einschlägigen Diskurse werden von professionellen, kirchlichen, politischen und anderen Interessengruppen dominiert, die „ihre Wissenschaftler" auftreten lassen.
[514] Dies könnte nur durch Längsschnittstudien geprüft werden, wobei ein zentraler Indikator *healthy life years* wäre.
[515] Hier sind die ökonomischen, sozialen und psychischen Kosten gemeint – und vor allem die Kosten für die Bezugspersonen des sterbenden Menschen.
[516] Man sollte derartige Aussagen, die auf einer schmalen empirischen Basis beruhen, mit Skepsis aufnehmen. Doch es ist plausibel, dass in China und anderen ostasiatischen Staaten die positiven Gemeinschaftsaspekte der aktiven Sterbehilfe stärker berücksichtigt werden als in den herrschenden westlichen Diskursen.

These 20c: Ein Minderheitsbereich des real existierenden Sterbens wird mit hohem Aufwand entwickelt, während der Mehrheitsbereich global und national dem Spiel der Märkte, Felder und Kapitalträger überlassen bleibt.

Dramatisierung und Moralisierung der Konkurrenz zwischen Kollektiven wird traditionell von herrschenden Gruppen eingesetzt – heute vor allem im ökonomischen und weniger im militärischen Bereich. Bedrohungsängste müssen ständig geschürt werden, um die Menschen in Schach und Stress[517] zu halten: Bildungskrisen, ökonomische Krisen, politisches Theater, Arbeitslosigkeit, Terror, neue Krankheiten, Verbrechen, Ressourcenmangel etc.[518]

Der drohende Absturz in der terminalen Phase ist ebenfalls ein wichtiges Druckmittel, so dass aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid – wenn überhaupt – nur für eine privilegierte Minderheit ermöglicht wird.

Ein zentrales Interesse der wirtschaftlichen und politischen Herrschaftsträger besteht in der Kontrolle und fürsorglichen Nutzung der wachsenden Gruppe der alten und multimorbiden Menschen. Viele Menschen sind schon von Kindheit an in konkurrenzorientierte Individualisierung, Angst vor Mangel an ökonomischem Kapital und sozialer Anerkennung und Abhängigkeit von der Bildungs- und Gesundheitswirtschaft getrieben worden. Man hämmert ihnen die Notwendigkeit des ärztlich geleiteten Lebens und Sterbens ein, schiebt die Lebensverlängerung in die heilige ökonomische Kapitalschiene und jagt sie in den Verteilungskampf um medizinische, hospizliche und palliative Versorgung.[519] Doch trotz hohem Aufwand ist der herrschaftsstabilisierende Erfolg dieses Projekts nicht gesichert.

Selbst- und Fremdbestimmung

Man könnte aus den bisherigen Erörterungen den Schluss ziehen, dass viele kompetente, mächtige und professionelle Akteure und strukturelle Gegebenheiten Leben und Sterben gestalten, so dass Selbstbestimmung für die Mehrzahl der Sterbenden ein zu vernachlässigendes Randphänomen ist. Andererseits ist die Selbstbestimmung in den hochentwickelten westlichen Staaten ein Zentralwert und spielt in öffentlichen Diskursen, vor allem auch in der modernen Biothanatoethik, Medizin, Hospiz- und Palliativbewegung, eine prominente Rolle.

> „Der gesamte Diskurs um Entscheidungen am Lebensende ist ein Diskurs um den Willen des Sterbenden geworden (Saake 2008; Nassehi 2009b)" (Nassehi 2009, 41).

Diese Aussage vereinfacht die Situationsbeschreibung. Tatsächlich handelt es sich um Kämpfe zwischen Diskursen, Feldern und Spielern und ‚der Wille des Sterbenden' ist zwar ein Trumpf, doch meist in den Händen der Professionellen, und in den die Ereignisse am Lebensende bestimmenden technischen und (krypto)ökonomischen Diskursen und Praktiken in Krankenhäusern und Heimen wird er marginalisiert.

> „Maintenance of a resident's Personhood and Identity[520] was a requirement and immediate precursor for quality of death. … Current research demonstrates that maintenance of personhood and identity rarely occurs, making quality of death impossible (Kayser-Jones, 2002)." (Trotta 2010, 122)

---

[517] Stress wird strukturell erzeugt. Er dient u.a. der Erhaltung politischer, ökonomischer und religiöser Herrschaftsverhältnisse vgl. Wilkinson/ Pickett 2009, 47 ff).
[518] Zweifellos gibt es schwerwiegende Krisen. Die Kritik bezieht sich auf die selektive Aufbereitung und Nutzung im Interesse von Herrschaftseliten.
[519] In diesem Kampf findet man die alte Verbissenheit des ersten und zweiten Weltkrieges.
[520] Die Wahl der Begriffe ist allerdings kritisch zu betrachten: *Personhood* oder *Person* kann auch verwendet werden, um Selbstbestimmung in den Hintergrund zu rücken, da auch die Person, deren Selbstbestimmungskompetenz stark verringert ist, keinen ‚Wertverlust' erleidet, im doppelten Sinn der Bewertung als Kunde und als Abzuzockender.

Die reichen Gesellschaften können sich für ihre privilegierten Mitglieder einen *Kult des Individuums* (Durkheim) leisten. Er entstand u.a. durch die dramatische Reduktion der Kinder- und Müttersterblichkeit (Yonnet 2006), die Verringerung des Bevölkerungswachstums und durch politischen und ökonomischen Wandel. Seinen unaufhaltsamen Aufstieg feierte er allerdings erst, nachdem es gelungen war, Krieg, Massentötung und Diktatur an die Peripherien der reichen Staaten abzuschieben, also nach 1945. Den Weltmachteliten bzw. den FührerInnen der Felder der Macht ist es gelungen, um sich einen Kreis von gebildeten Individuen und Gruppen zu scharen, die großzügig Gratifikationen aus den Ausbeutungsschätzen erhalten, zum Dank jedoch diesen Eliten, die hohe und niedere Werte aufgekauft haben bzw. steuern, aufopfernd und intrinsisch motiviert dienen müssen. So wird die Nutzung und Instrumentalisierung der Mehrheit der Menschen ohne Erschütterung der Weltherrschaft[521] erleichtert – und der erwünschte kulturelle und wissenschaftliche Fortschritt gesichert – mit hohen Kosten: wachsende Zonen der Lebensgefährdung.

Die Leitideen Freiheit, Selbstbestimmung, personhood, Würde, Zivilisierung und Humanisierung werden gemäß den Interessen der Privilegierten universalistisch gedeutet und geordnet, wobei die soziale Ungleichheit und wahrscheinlich auch die Herrschaftsstabilisierung im globalen Feld der Macht langfristig und nachhaltig zunehmen. Es wird in der hochkulturellen Öffentlichkeit von Autonomie oder Selbstbestimmung ‚des Menschen' gesprochen und geschrieben und damit sind selbstverständlich nicht die Milliarden Menschen gemeint, die die kultischen Schriften und Hochglanzportaltexte nicht lesen (können). Die Höherentwicklung ‚des Menschen', d.h. auserwählter reicher und mächtiger Exemplare des homo sapiens, in Richtung ‚Übermensch' und ‚Vergöttlichung' ist ein Projekt, das in den meisten Hochkulturen schon vor Jahrtausenden angelegt und von den Hochreligionen gestützt wurde und mit Hilfe von Wissenschaft und Technologie immer erfolgreicher realisiert wird (moderne Schlagworte: Perfektionierung, Enhancement, Post- und Transhumanismus, Anthropotechnik, Postmortalität, Cyborg, Biopolitik).[522] Die Kehrseite dieser ‚Höherentwicklung' der allzu sehr (!?) vermehrten Privilegierten ist die Entwertung und ‚Freisetzung' von anderen Menschen, deren geringe Kapitalreserven ‚geschmolzen' sind, und die in Bewusstseins- und Verhaltensverengung, Desorientierung und Selbstverachtung getrieben werden (Schultheis 2009). Die Polarisierung und Segregation zwischen den Menschen, die existentiell physisch, psychisch und sozial von Organisationen und Herrschaftsinstanzen diszipliniert und gesteuert werden (Arme, Arbeitslose, Kranke, ‚Fremde', Kriminelle etc.) – und den Reichen, ‚Gesunden', ‚Gebildeten', immer überdurchschnittlicher mit ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital Ausgestatteten nimmt zu.

Definitionen und Gebrauchsvorschriften von Person, Ich, Selbstbewusstsein, Identität und vieler anderer ähnlicher Begriffe unterscheiden sich nach Kulturen, Sprachen, Kontexten, Habitus etc. (vgl. Luper 2009, 24 ff). Manche nennen jedes Mitglied der Art Homo sapiens eine Person, wobei dies Zeichen einer biologisch geprägten philosophischen, theologischen oder weltanschaulichen Position sein kann. Es gibt andere biologische, psychologische, soziologische, philosophische, rechtswissenschaftliche, theologische usw. Perspektiven. Einzelne Wissenschaftler oder Denker bzw. dogmatisierende Expertengruppen versuchen Übersichtlichkeit und semantische Schließung durch partikularistische Selektion und Autoritätsbezug herzustellen.

Hier werden aus dem semantischen Feld zwei in einschlägigen Diskursen bedeutsame Begriffe oder Leitideen ausgewählt: *Selbst- und Fremdbestimmung* (vgl. Krähnke 2007). Doch man sollte nicht vergessen, dass ihre Verwandten im Hintergrund mitschrei(t)en: Selbstständigkeit,

[521] Selbst wenn man – wider besseres Wissen – der derzeitigen Weltherrschaft (G 20, große Konzerne, Superreiche) die Eigenschaften aufgeklärt, multikulturell, wissenschaftsorientiert, polyzentrisch und zivilisationsfreundlich zubilligt, bleibt sie Weltherrschaft (vgl. Krysmanki 2012).
[522] Vgl. Heil 2010; Le Dévédec 2008, 2009; Lafontaine 2008; Coenen / Gammel / Heil / Woyke 2010.

Selbstbewusstsein, Souveränität, Selbstbeherrschung, Freiheit, Versklavung, Stolz, Ehre, Würde, Ich, Identität, Charakter, Abhängigkeit, Paternalismus usw. Diese Begriffe, Konstrukte, Schemata und Metaphern sind ‚Grenzobjekte', die die Kommunikation zwischen Institutionen, Subsystemen, Disziplinen und Feldern (Philosophie, Recht, Medizin, Sozialwissenschaften, Medien etc.) erleichtern, behindern und zu permanenten Auseinandersetzungen führen. Eine Operationalisierung eines Begriffs ist ein ‚künstlicher Vorgang' im Rahmen eines Forschungsprojekts oder ähnlicher geschlossener Veranstaltungen. Innerhalb der Gesellschaft bzw. der zentralen Machtfelder wird allerdings ständig an der doxa, einem gemeinsamen semantischen Raum, gearbeitet. Den Beherrschten bleibt diese Arbeit bzw. ihre Funktionalität in der Regel verborgen, sie erleben die Semantiken als dogmatisch naturalisiert[523], vergesellschaftet und feldabhängig.

These 21: Es besteht ein gemeinsames Interesse der Machteliten der Politik, der Wirtschaft, des Rechts, der Medizin und der Religion, die Selbst- und Mitbestimmung der geführten Menschen, d.h. der Mehrheit der Bevölkerung, herrschaftsförderlich zu regulieren. „Gelenkte Selbst- und Mitbestimmung" ist für Funktionäre und Machthaber ein mit hohem professionellem Aufwand angestrebtes Ziel.

Saake (2008, 258 f) beschreibt idealtypisch, ‚unkritisch' und ‚herrschaftsneutral' eine Leitsemantik der Selbstbestimmung von Sterbenden:

> „Im Sinne eines Verfahrens der ‚Gelenkten Autonomie' wird in einem gemeinsamen Diskurs von verschiedenen Beteiligten – Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden, Ärzten, Ethikkommissionen – ein biographisch legitimierter Wille geschaffen, der dann als letzter Grund in einem prinzipiell offenen Entscheidungsprozess gelten kann."

Ganz ähnlich Rose (2007, 29) – allerdings ungehemmter:

> „These new pastors of the soma[524] espouse the ethical principles of informed consent, autonomy, voluntary action, and choice and nondirectiveness".

Selbstbestimmungsfähigkeit ist ein patriarchalisches Konstrukt im Rechts- und Medizinsystem. Durch die wissenschaftliche Bestimmung und Erforschung dieses Konstrukts wird auch die ‚Wirklichkeit' scheinbar objektiv geregelt: *regime of truth*. Dann werden normative Aussagen wie die folgenden mit einem dünnen wissenschaftlichen Mäntelchen zur Legitimation von Herrschaft eingesetzt.

> „Es ist jedoch unklar, … ab welchem Ausprägungsgrad einer Depression die Selbstbestimmtheit eines Tötungsverlangens fraglich wird … Daraus folgt aus ärztlicher Sicht, dass die Probleme der klinisch sicheren Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten besser erforscht werden müssen, bevor über die ärztliche Tötung auf Verlangen bzw. Assistenz zur Selbsttötung von Patienten medizinethisch diskutiert werden kann" (Vollmann et al. 2008, 150).

> „Aktuell besteht ein Mangel an allgemein anerkannten Kriterien zur Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit ([52], S. 148 ff.)… Aufgrund des bestehenden Wissensdefizits bei der Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit und ihrer möglichen Beeinträchtigung bei einer Depression ist die Mitwirkung des Arztes bei einem so motivierten Todeswunsch daher ethisch problematisch" (Bleek 2012, 202).

Selbstverständlich ist es legitim, dass solche Konstrukte in der Wissenschaft gebildet, in Theorien eingefügt und validiert werden. Doch es ist ein Zeichen eines grotesken Paternalismus und mangelhafter wissenschaftstheoretischer Kenntnisse, die wissenschaftlichen Theorie-, Operationalisierungs- und Methodenprobleme als handlungsbestimmend für konkrete Entscheidungen von Menschen in solchen Fällen anzusetzen. Auch bieten derartige Schriften –

[523] ‘Naturalisierung’ bedeutet hier, dass die Diskurse und Begriffe nicht hinterfragt werden, gleichsam ‘natürliche Abbildungen’ sind, wobei die Trennung von ‘Natur’ und ‘Kultur’ nicht expliziert und reflektiert wird.

[524] “technomedical experts of human bodily functioning that claim for themselves the decisive biopolitical authority” (Slaby 2010, 405).

wenn sie denn überhaupt eine Wirkung auf das untersuchte Feld haben – unzureichende Hilfen für Personen mit Sterbewünschen, und andere Personen, die ihnen dabei helfen wollen, z.B. Ärzten.

Nicht nur für Tote gilt, dass die Selbstbestimmung fremdbestimmt konzeptioniert und evaluiert wird[525]. Experten prüfen, wieweit und für welche Personen und Gruppen die Selbstbestimmung gefördert und wieweit und für welche Personen und Gruppen sie beschränkt werden soll. Selbst- und Fremdbestimmung werden immer wieder justiert. In Familien, Erziehungs-, Arbeits- und Gesundheitsorganisationen wird Selbstbestimmung klassen- und gruppenspezifisch gelernt, einverleibt und geregelt. Die Einschränkungen und Rahmungen ergeben sich über ein Netzwerk von Liebe, Sexualität, ökonomischer Rationalität, Repression, Technologie, Bürokratie, Profession, Konsum, Ideologie und interaktivem Rauschen.

Selbstbestimmung ist nach Meinung der Herrschaftsträger und ihrer Experten für die Mehrheit ausreichend oder *exzessiv* realisiert. Konkrete Vorschläge zur nicht trivialen Erweiterung der Selbstbestimmung und Emanzipation der Klienten in Organisationen werden von Vertretern der Bildungs- und Karriereelite nicht[526], aber auch von kritischen Wissenschaftlern, Nörglern etc., nur selten vorgeschlagen[527]. Geraten solche Vorschläge in die Öffentlichkeit, werden sie von Schaltstelleninhabern ignoriert; wenn diese Strategie nicht funktioniert, d.h. ein Einfluss in wichtigen Bereichen befürchtet wird, wird der Zweifel am ‚Erfolg' solcher abweichender Verfahrensweisen von Experten ‚wissenschaftlich untermauert'[528], werden die Vorschlagenden symbolisch degradiert und es wird empfohlen, bei den ‚bewährten Mustern' zu bleiben, und ‚weitere Untersuchungen' abzuwarten. Diese Strategiediagnose trifft auf Schulen, Krankenhäuser, Heime, Hochschulen, Betriebe und andere menschenverarbeitende Organisationen zu.[529]

Das Syndrom ‚konforme Selbst- durch herrschaftliche Fremdbestimmung' wird reproduziert durch Bildung, politische und rechtliche Herstellung sozialer Ungleichheit, hierarchische Organisation, Führerprinzip[530], kapitalgesteuerte Diskurse, ‚Beschleuniger' (Stressoren) und noch einige andere Mechanismen. Diese Reproduktion der konformen Selbstbestimmung unter professioneller Leitung wird auch wissenschaftlich legitimiert. Ein neueres Beispiel: Ein von Illhardt (2008b) herausgegebenes Buch heißt verräterisch „Die ausgeblendete Seite der Autonomie". Ausgeblendet werden in diesem Werk selbstbestimmtes Sterben, Suizid, Beihilfe zum Suizid, aktive Sterbehilfe, Pflegeheim[531], Patientenverfügung und Formen der Verweigerung ‚professioneller Hilfe'. Stattdessen wird für Betroffene peripheres Wissen geadelt und werden konservative pseudophilosophische Vorurteile fördernde Argumente verwendet: „Wer ‚ich' bin, wissen die anderen, während man gemäß der modernen Autonomiekonzeption sagen würde, wer ‚ich' bin, weiß nur ‚ich selber', wobei diese Konzeption »unerbittlich kleinere Gemeinschaften und alte Bindungen … zerstöre« (Taylor 1985/1992, 238)" (Illhardt 2008a, 200).

---

[525] „While individuals can attempt to affect their post-selves during their lives, once dead, their post-selves are left to the care and manipulation of those still living." (Whooley 2003, Abstract)

[526] Geben Sie bei Google ein: „Gestaltung des selbstbestimmten Sterbens" oder „Kultivierung des selbstbestimmten Sterbens"!

[527] Zu einer kritischen Erziehungswissenschaft und zur Erweiterung der Selbstbestimmung und Emanzipation der Klienten siehe Hinweise in paedilex: http://www.wu-wien.ac.at/bildungswissenschaft/gastprof/prof_klaus_feldmann/feldman-paedilex-aug08.pdf.

[528] Führer, Funktionäre und ihnen dienende Wissenschaftler arbeiten agnotologisch: *doubt is their product* (vgl. Michaels 2008; Proctor/ Schiebinger 2008).

[529] Dies kann auch als Einladung zur Falsifikation dieser These(n) verstanden werden.

[530] Das Führerprinzip wird heute meist in eingeengter Bedeutung auf den Faschismus bzw. auf Diktaturen bezogen. Doch es ist eine anthropologische Konstante, deren Kultivierung zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Wie soll man die Entwicklung von Staaten oder Staatenverbänden beurteilen, in denen selbst die Bildungseliteinstitutionen, die Universitäten, ein kaum beforschtes Führerprinzip verherrlichen und inzwischen auch verfraulichen, doch darauf bezogene Reflexionen und Experimente vermeiden?

[531] Viele Personen werden in Heimen zu sozialer und oft auch personaler Identität mehr oder minder entkleideten Klienten (Goffman 1973), bzw. sie erhalten eine fremdbestimmte kollektive Identität.

Derartige simple Gegenüberstellungen von ‚richtiger objektiver Autonomiekonzeption' und ‚gemeinschaftszerstörerischer moderner Autonomiekonzeption' sind weder theoretisch noch empirisch state of the art, sondern haben nur polemischen Charakter.

Von einem Konfliktansatz aus gesehen, kann man Gruppen betrachten, die über institutionelle und semantische Rahmung (Schule, Betrieb, Krankenhaus etc.) ‚Andere' beherrschen. Staats- und Wirtschaftsadel und andere Feldspielführer verwenden Wissenschaft (Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaft, Medizin etc.), um Ungleichheit und Privilegien stützende Kontrolle und Fremdbestimmung zu legitimieren – z.B. bei der monopolistischen Gestaltung von Schulcurricula.

Da die Selbstbestimmung inzwischen durch Verfassungen und auch im Bewusstsein der meisten Menschen der hochentwickelten Staaten gut gesichert ist, versuchen Professionelle den Anteil derjenigen, die nach Urteilen von Experten (Psychiatern etc.) nicht oder nur eingeschränkt „frei" und „selbstständig" handeln können, zu erhöhen, um diese Menschen und ihr Kapital ‚dienstbar' zu machen.[532] So wurden Normierungen und Infrastrukturen geschaffen, um Menschen schon ab der Empfängnis als Manipulationsobjekte zu erhalten. Auch eine ausgeweitete Definition des „Selbst" oder der „Person", die z.B. für die Legitimation der professionellen Steuerung von Demenzkranken verwendet wird, dient dieser Kontrollstärkung (vgl. Small/ Froggatt/ Downs 2007, 101 ff; Kruse 2016)[533]. Es ist nicht schwierig, Menschen durch starke Kontextänderungen (z.B. schwere Erkrankung, professionelles Personal, schockartiges Transferieren in eine Organisation etc.) zu manipulieren, ihren ‚normalen Habitus' zum Schweigen zu bringen[534], sie gefügig zu machen. Dass es Menschen gibt, die dies als Entwürdigung oder ‚Vergewaltigung' bezeichnen bzw. erleben, sollte eigentlich nicht überraschen.

These 22a: Selbstbestimmtes Sterben ist nicht ein medizinisch zu bearbeitendes Randproblem, sondern eine politische, soziale und individuelle Aufgabe, die sich auf den gesamten Lebenslauf und auf die Formen der Vergemeinschaftung richtet.

Gucklöcher in den Zoo der Theorien und Daten

Selbstbestimmung wird offiziell als hoher Wert verkündet und geschützt. Ihre Prägung erfährt sie in Milieus und Feldern und sie steht von Kindheit an unter professioneller Kontrolle. Wenn ein Mensch seine Selbstbestimmung nicht zur Herstellung von Konformität und Normalität einsetzt, dann gerät er schnell in die Mühlen der Psychologisierung, Pädagogisierung, Medikalisierung, Kriminalisierung, Stigmatisierung und Marginalisierung. Kinder, Jugendliche und Erwachsene wissen, dass sie mit forcierter und kreativer Selbstbestimmung Risiken eingehen und ziehen es deshalb – vor allem in den Regelzuständen der physischen, psychischen und sozialen Schwäche – vor, sich den Entscheidungsvorschlägen der die Situation beherrschenden Personen zu beugen, bzw. diese zu akzeptieren, sie sorgen geleitet von ‚selbstlosen' Professionellen für die herrschaftsstützende Verwendbarkeit ihres Selbst[535].
Elias hat von Selbstzwang gesprochen, Foucault von Disziplinierung und Technologien des Selbst, Luhmann von der grundsätzlichen Trennung zwischen psychischen und sozialen Systemen, Bourdieu von Habitus und Feld.

Habitus, Feld und Selbstbestimmung

Geht man vom Habitusbegriff Bourdieus aus, dann ist „reine Selbstbestimmung" eine Fiktion, da das Verhältnis Selbst- zu Fremdbestimmung von den Situationen abhängt, vom Zustand der

[532] Dies muss bei Kontrollierten nicht unbedingt zu einem Verlust an Kapital im Bourdieu'schen Sinne führen, ihr Kapital wird nur für die herrschenden Gruppen „greifbarer".
[533] „..when the ‚then' self may be diminished or eroded, we can work with the ‘now' self" (Small/ Froggatt/ Downs 2007, 123).
[534] Entsprechende Aussagen der Manipulatoren (Ärzte etc.): ‚Bei uns gibt es keine ….'.
[535] „Die Normalitätsrichter sind überall anzutreffen" (Foucault 1977, 392 f).

Felder, der Kapitalausstattung der Personen usw. Doch es bleibt in der Regel ein Selbstbestimmungskern, auch wenn er nur eine Auswahl und Gewichtung der Fremdbestimmungskonkurrenten oder –komponenten betreffen sollte. In Intensiv- und Palliativstationen wird das ‚normale' Habitus-Feld-Leben des Patienten ‚denaturiert', wobei Fachleute Raum, Zeit und Körper funktional gestalten. Die Selbstbestimmungschancen sind in solchen technisch hochgerüsteten Kontexten, in denen die kulturelle Passung zwischen Feld und Habitus weitgehend missachtet wird, gering und sie werden zusätzlich rechtlich und organisatorisch eingeschränkt. Eine Krankheits- und Sterbeordnung verfestigt sich als gemeinschaftliche, gute, einzig richtige und ‚wissenschaftlich' geadelte Diskurse und Praxis bestimmende Rahmung.

Die Möglichkeiten der Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase wurden freilich im vergangenen Jahrzehnt verbessert (Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht, Organspenderausweis, Versicherungen, Medienberichte), jedoch auch mit Wissenspolitiken (vgl. Schneider 2007), Dispositiven, Professionalisierung und Ideologiebildung verbunden. Selbststeuerung wird immer routinierter fremdgesteuert und technisch vermittelt (Pädagogik, Therapie, Management, Personalführung, informed consent etc.). Wird Selbststeuerung als ein die ‚Immunabwehr' austricksendes Mittel produziert, um das psychophysische System sozioökonomisch zu besetzen?[536] Formale ‚Beweise' der Selbstbestimmung der Klienten werden durch die Professionellen erstellt.

Kann die von Institutionen und Professionen geforderte Selbstbestimmung und Entscheidung der Klienten für diese zur Last werden – vor allem wenn es um das eigene Sterben geht? Wird Druck ausgeübt, einen Organspendeausweis und eine Patientenverfügung vorweisen zu können? Handelt es sich um „Wissenspolitik", „geforderte Selbstbekenntnisse" (*confessing death* nach Armstrong) und „gesellschaftliche Kontrolle der Moralität und Sozialität ihrer Mitglieder" (Schneider 2007, 217)? Die Untersuchungslage ist unzureichend, doch wahrscheinlich ist dieser Druck einer Wissens- und Moralpolitik im Vergleich zum Druck, berufstätig zu sein, nicht arbeitslos zu werden und sich den Diagnosen und Therapien von Ärzten zu unterwerfen, gering.

Im Bereich der Selbstbestimmung kann man nicht nur philosophische Paradoxa (vgl. z.B. Gehring 2006, 2007) sondern auch recht reale „Widersprüche" oder „Ironien" diagnostizieren. Z.B. steht die immer stärker herausgestellte „Selbstbestimmung am Ende des Lebens" mit den real inflationierenden kognitiven, emotionalen und sozialen Ressourcen der Benachteiligten im Vergleich zu den steigenden Ressourcen der Fremdbestimmer, z.B. der Wirtschaftsbosse, der Politiker und der Ärzte, in einem ‚merkwürdigen Kontrast', der literarisch als Tragikomödie ausgewertet werden kann. Würden Ethikkommissionen, Juristentage, parlamentarische Ausschüsse, Ärztekongresse etc. es tatsächlich ‚ernst meinen' mit der Selbstbestimmung (der Klienten), müssten die Beteiligten sich mehr mit Theorien, empirischen Untersuchungen und Programmen zur Gewinnung und Verteilung von Ressourcen der Selbstbestimmung und der Teilhabe beschäftigen.

Eine von den Experten nicht behandelte Inkonsistenz in der herrschenden Argumentation ergibt sich, wenn man bedenkt, dass der überwiegenden Mehrzahl der alten Menschen, die Suizid begehen, von den meisten Suizidologen[537] die Fähigkeit zu einer „freien Selbstbestimmung" abgesprochen wird, obwohl sie höchstwahrscheinlich mehrheitlich über eine größere kognitive und personale Fitness verfügen, als der Durchschnitt der ‚ordnungsgemäß' in hohem Alter Sterbenden, und ihre Selbstbestimmung sich unter geringerem interaktiven und organisa-

[536] Aus solchen Hypothesen ist nicht zu schließen, dass sich *Unfreiheit* verbreitet oder gar, dass die (post)moderne Gesellschaft auf dem Weg zur *Brave New World* voranschreitet.

[537] ‚Freiheit' zeigt sich in der Bereitschaft und geübten Kompetenz, auch mit harter Kritik umzugehen. Dies wird leider den SuizidologInnen versagt. Wenn man bei Google „Kritik der Suizidologie" eingibt, erhält man 0 Treffer. Zum Vergleich: „Kritik der Soziologie" 9540 Treffer, allerdings: „Kritik der Thanatologie" auch nur 2 Treffer. Doch man sollte eingeben: „Kritik der Psychiatrie": 4950 Treffer.

torischen Druck ‚bewähren' muss. Soziologische und historische Untersuchungen zeigen auch, dass parallel mit der Zunahme von individueller Autonomie und Freiheit die Suizidraten gestiegen sind (vgl. z.B. Baudelot/ Establet 2008, 33 f).

> Ein kleiner Hinweis auf die Brüchigkeit der psychiatrischen Selbstbestimmungs- und Freiheitsdiskussion: Patienten mit Locked-in-Syndrom werden befragt, ob sie sich wohlfühlen etc. An der ‚Freiheit' dieser ‚Personen' wird psychiatrisch nicht gezweifelt.

Selbstbestimmung kann durch Umstrukturierung gefördert werden, z.B. wenn Begriffssysteme und Sinnkonstruktionen freigestellt werden, d.h. bildungsorganisatorische, rechtliche und medizinische Bestimmungen und Technologien, z.B. das Internet, den Betroffenen mehr Macht und Einfluss auf die Kontextbedingungen ermöglichen.
Es ist anzunehmen, dass die neuen Kohorten, die in das hohe Alter eintreten, mehr Wert auf Selbstbestimmung legen und diese auch vehementer einfordern werden.

Autonomie und Selbstbestimmung sind alte Themen in der abendländischen Diskussion. Heute findet man eine gewaltige Menge an entsprechenden Diskursen.[538] Wenn man sich in neue wissenschaftliche Leben-Tod-Diskurse begibt, verstärken sich Zweifel an dem bisherigen Gebrauch der Begriffe Selbst- und Fremdbestimmung und an der wissenschaftlichen und ideologischen Feldgestaltung.
Schneider (1999, 295) beschreibt den „Mythos vom universalen, autonomen, selbstbestimmten Subjekt", der sich in philosophischen, rechtlichen und wissenschaftlichen Texten manifestiert. Kellehear (2008) kritisiert die rechtlichen, philosophischen und medizinischen Personbestimmungen, die z.B. in Dokumenten zur Gehirntoddiskussion aufzufinden sind, und merkt an, dass Begriffe wie Person, Identität und Selbstbestimmung soziale Konstruktionen sind, die im Bewusstsein der einzelnen kontextabhängig gestaltet und verstanden werden.

Nassehi (2008, 394 f) erörtert virtuos die Dialektik von Selbst- und Fremdbestimmung. „Der freie Wille ist eine soziale Zurechnungsform, die von Kontexten abhängig ist...". Freiheit[539] kann als Produkt von Subjektivierungspraxen (Foucault), als Zivilisationsfolge (Elias), als unerwartetes Ergebnis der Institutionalisierung von Sklaverei (Patterson), als im ‚Gehirn' entstandene Fiktion und in anderer Weise begriffen werden. Ärzte, Juristen, Priester und andere Menschenproduzenten und –konsumenten stützen eine „Form der Selbstkontrolle", „die den einzelnen wollen lässt, was er soll" (ebd.). Saake (2007) nennt dies „gelenkte Autonomie" der Patienten und Sterbenden.[540]

Manche Autoren vertreten radikalere Positionen, durch die Freiheit, Selbst- und Fremdbestimmung periphere Probleme, Fiktionen oder diskursstörende Elemente werden.

> „Im Zeitalter der Biotechnologien scheint es weder ein autonomes Subjekt zu geben, das man um seine informierte Einwilligung bitten könnte, da es sich in Moleküle und statistische Wahrscheinlichkeiten aufgelöst hat, noch eine souveräne Macht, die dezisionistisch über Leben und Tod entscheiden würde" (Weiß 2009a, 51 f).

In einem anderen Begründungskontext proklamiert die Akteur-Netzwerk-Theorie von Latour (2007) und anderen die Dezentrierung und evtl. die Auflösung des Subjekts: „Anstatt den Menschen als autonomes, von seiner Umwelt unabhängiges Wesen zu sehen, wird er hier ein Akteur und Effekt in heterogenen Netzwerken." (Seirafi 2007, 16)[541] „Daher gibt es keine han-

---

[538] Beliebt vor allem bei romanisch-sprachigen Intellektuellen ist postmodernes Distinktions-Geschwätz. Ein Beispiel: „L'autonomie est donc historiquement et pratiquement le mode d'approfondissement de la dépendance des individus, à la puissance et au complexe, un changement d'échelle avec contreparties, voulu par eux. Fondamentalement, l'autonomie est un module de glissement, de déplacement de la dépendance d'un stade à l'autre, d'une dimension à l'autre." (Yonnet 2006, 407)
[539] Vgl. zur Freiheitsemantik (vor allem im Zusammenhang mit Sicherheitsideologien) Münkler (2010, 13).
[540] Die Luhmannianer beobachten die Simulation einer akteurfreien Gesellschaft (vgl. Vogd/ Saake 2007, 7).
[541] Ähnlich geheimnisvoll raunt auch Knorr Cetina (2007, 11): „Das postsoziale Subjekt ist auch ein posthumanistisches Subjekt. Es ist Teil einer Kultur des Lebens, d.h. einer Kultur, die fokussiert ist auf materielle, technologische und informationelle Prozesse."

delnden Subjekte und keine behandelten Objekte, sondern es entstehen immer komplexere Mischwesen: die ‚Hybriden'." (Rosa/ Strecker/ Kottmann 2007, 227)[542]

Die *Akteur-Netzwerk-Theorie* findet Anwendungsfelder in der High-Tech-Medizin (vgl. Hadders 2009) und in dem boomenden Bereich der Pflege von Menschen, die aufgrund von Gehirn- und Körperschädigung nicht mehr als mündige Entscheider anerkannt werden, z.B. schwer Demente. Diese Menschen sind dann Teile von Kollektiven, Gemeinschaften oder Netzwerken, die häufig auch technologisch hochgerüstet sind und mit hohem Kapitalaufwand arbeiten (vgl. Moreira 2010). Solche Akteur-Netzwerke ergeben sich auch, wenn die sterbende Person nicht mehr entscheiden kann, und Ärzte, Angehörige, technische Komponenten und ökonomisches und soziales Kapital ‚in Interaktion' treten (Kaufman 2005; Timmermans 2010, 23). Die Komplexität und technologische Aufrüstung der Akteur-Netzwerke wird ungebremst weiter zunehmen, was notwendigerweise zu Feldkonflikten und semantischen Kämpfen führt, wobei die Bestimmungen von Person, Autonomie, Freiheit, Leben, Tod etc. dynamisiert werden. Überdurchschnittlich mit Kapital ausgestattete Personen werden immer differenzierte Steuerungspotenziale für ihre Akteur-Netzwerke ‚erwerben' können, um ihren Lebens- und Sterbestil zu gestalten. Das fremdbestimmte Sterben wird für die Mehrzahl der unterprivilegierten Menschen allerdings die dominante Form bleiben. Durch die Verbindung von Professionalisierung und Ökonomisierung im Bereich Medizin und Pflege wird die soziale Ungleichheit der lebens- und sterbebestimmenden Akteur-Netzwerke und der Verfügung über Selbstbestimmungspotenziale verstärkt.

Auch im Rahmen der Anthropologie und Ethnologie wird die Konzeption des Selbst bzw. des Subjekts problematisiert:

> „The assumption that there is such a thing as a „self" or „person" that is everywhere the same has long been contested by anthropologists, even as the body continues to be viewed as invariant by them" (Lock/ Nguyen 2010, 301).

Man sollte jedoch bedenken, dass die ‚Angriffe' auf Konzeptionen des ‚freien Subjekts', des autonom handelnden Menschens etc. nicht nur Suizidenten und Sterbende, sondern alle Gruppen und Organisationen und damit auch die Paternalisten treffen. Auch die Führungsgestalten der Medizin, Philosophie, Rechtswissenschaft und Theologie und die scientific communities werden ‚vom Sockel gestoßen', wenn sich herumsprechen sollte, dass sie „*selbstlose* Ego-Maschinen" (Metzinger 2009, 291) sind. Ist das Spiel dann wieder offen? Nein, es bleibt das alte Machtspiel!

Wenn man sich wieder in den Sumpf der ‚Tatsachen' aber auch in die pragmatische Soziologie (van den Daele 2009, 66 ff) hineinversetzt, kann man feststellen: Die meisten Menschen in hochentwickelten Staaten werden sich trotz individueller und gesellschaftlicher Verunsicherung für die politisch erkämpften Rechte des einzelnen Bürgers und damit für die Erweiterung von Handlungsspielräumen entscheiden.[543] Die meisten werden also begrüßen, dass der deutsche Bundestag 2009 durch das *Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts* sich für ein die reale Lage der Menschen verbesserndes Patientenverfügungsmodell entschieden hat.

> 73 Prozent der deutschen Bevölkerung meinen: ‚Die Patientenverfügung soll ab dem Moment gelten, in dem der Patient sich selbst nicht mehr äußern kann, und nicht nur für den Sterbeprozess.' (Forsa-Umfrage 2007)

Das geltende Patientenverfügungsmodell verbessert nicht nur die Eingriffschancen von Patienten, sondern auch die Chancen, selbstbestimmt sein Leben zu verkürzen, ein Wunsch, der entgegen der Hospiz- und Palliativpropaganda häufig nicht durch eine ‚gute Schmerztherapie'

[542] Erinnert sei auch an die amüsanten Ausführungen des Intellektuellenkardinals und Topmandarins Sloterdijk zur Subjekt-Illusion oder den Non-Ego-Theorien.
[543] WHO-Ziele für *active ageing*: „maintaining independence and preventing disability". http://www.who.int/ageing/projects/TeGeMe_II.pdf.

und ‚Seelenmassage‘ vernichtet werden kann.[544] Dass Erhaltung der Autonomie ein zentrales Motiv beim Wunsch nach Lebensverkürzung ist, zeigen verschiedene Studien (z.B. de Jong/ Clarke 2009; Hendry et al. 2013) und Untersuchungen aus Oregon.

> „Von den 246 Patienten, die in Oregon zwischen 1998 und 2005 ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Anspruch genommen haben, nannten 86 % der Patienten die Sorge um den Verlust der Autonomie als Motiv, 83 % nannten die Sorge vor dem Verlust ihrer Würde, nur 23 % die Angst vor unstillbaren Schmerzen.“ (van den Daele 2008a, 40 f)[545]

Eine unfreiwillige Satire zu dieser Problematik liefert der Sophist Spaemann (2013, 32 f):

> „Wir wissen heute, dass der Suizidwunsch in der weitaus größten Zahl der Fälle nicht die Folge körperlicher Beschwerden ist, sondern der Ausdruck einer Situation des Sich-Verlassen-Fühlens. Eine Studie in den Niederlanden weist nur 10 von 187 Fällen aus, in denen Schmerzen der alleinige Grund für den Euthanasiewunsch waren. In weniger als der Hälfte aller Fälle spielten Schmerzen überhaupt eine Rolle“.

Diskurse über selbstbestimmtes Sterben

In traditionalen Kulturen war das Individuum an seinen Clan, seinen Patriarchen, seine Familie oder an ein anderes Kollektiv angebunden und sein Leben war von geringerem Wert als diese übergeordnete soziale Einheit.

> „In allen Kulturen wurde das Scheitern des Individuums als von geringerer Bedeutung angesehen als das Scheitern der Sippe, des Verwandtschaftsclans oder des Bezugskollektivs. In der Regel stand die Ehre der Familie oder der Sippe über dem physischen Leben des einzelnen Mitglieds.“ (Feldmann 2004b, 52)

Individuen und Gruppen sind in modernen Gesellschaften loser miteinander verbunden. Bedeutsame Kollektive sind in westlichen Staaten nicht mehr existenziell von einzelnen abhängig – abgesehen von seltenen Fällen. Menschen sind emanzipierter und können folglich über ihr Leben eher selbst entscheiden.

„Individualisierung und Vermassung, (entpersonalisierte) Fremdbestimmung und Selbstverwirklichung, Identitätsprofilierung und Identitätsverlust, Subjektivierung und Objektivierung ... sind ... verbunden.“ (Feldmann 2006, 133) Selbst- und Fremdbestimmung „kooperieren“ und „konkurrieren“ – abhängig von Interessen der beteiligten Personen und Gruppen. Folglich kann man kontext- und gruppenbezogen „konforme Selbstbestimmung“ von „nonkonformer Selbstbestimmung“ unterscheiden. In Schulen, Krankenhäusern, Heimen und wahrscheinlich auch in Hospizen[546] wird hauptsächlich die „konforme Selbstbestimmung“ hergestellt.[547]
Menschen neigen in der Regel zu „bezugsgruppenorientierter Selbstbestimmung“[548]. Wenn sie ihr eigenes Leben verkürzen wollen, wird ihnen Egoismus und Ablehnung der Gemeinschaft unterstellt, doch sie wünschen meist Integration und Akzeptanz, deshalb bevorzugen sie aktive Sterbehilfe[549] und an zweiter Stelle Beihilfe zum Suizid gegenüber dem isolierten und oft ihre Bezugspersonen mitstigmatisierenden Suizid (vgl. Leppert/ Hausmann 2007; Schröder et al. 2003)[550]. Das Paradox, das Gehring (2007, 135) konstruiert, ist höchstwahrscheinlich im Be-

---

[544] „The ever presence of dull pain was common among the residents. Despite an abundant use of painkillers and other analgesics, pain was a constant companion in their daily lives” (Whitaker 2010, 99).
[545] Vgl. auch den neuen Report: http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml
[546] „Das Hospiz liefert ... ein Korsett, das Identität sowohl unterstützt als auch eingrenzt.“ (Dreßke 2007, 100). Broom (2012, 234) berichtet aus einer Hospizstudie: “… there was a sense of impotency once one had submitted to the organizational principles of ‘dying well’.”
[547] Subjektiv kann die sterbende Person ihr Sterben als authentisch, gut, gelungen, wahrhaftig etc. erleben bzw. gegenüber anderen, die entsprechende Erwartungen haben, bezeichnen.
[548] Ähnliches Konzept: *relationale Autonomie*.
[549] Viele bevorzugen „aktive Sterbehilfe“, da der Arzt sich dem Sterbenden voll und uneingeschränkt zuwenden soll, nicht „halbherzig“ wie bei indirekter oder passiver Sterbehilfe.
[550] Es lässt sich eine habitusbezogene Diskrepanz feststellen: Gebildete und Intellektuelle befürworten die Beihilfe zum Suizid (z.B. Birnbacher), während die schweigenden Mehr- oder Minderheiten wahrscheinlich die aktive Sterbehilfe favorisieren.

wusstsein der meisten Menschen nicht als Paradox auffindbar: „Im Paradigma der Suizidbeihilfe wird der Sterbehilfetod als Freitod stilisiert[551] – allerdings ein solcher, der ebenfalls mit einem unerklärlichen Paradox behaftet ist, nämlich dem, dass ein Dritter den ‚eigenen' Willen vollstrecken soll." In die gleiche Paradox-Falle tappt Lafontaine (2010, 167 f): Die „Freitod-Bewegung" (right-to-die-Bewegung) sei „zur Gänze auf technische und medizinische Unterstützung angewiesen", somit ergibt sich angeblich eine unaufhebbarer ‚Widerspruch' zwischen der angestrebten ‚Freiheit' und der unvermeidlichen ‚Steuerung'. Dies wird dann spekulativ verarbeitet: „Das Begehren, den begleiteten Selbstmord zu legalisieren, ist … in Wirklichkeit eine Negierung subjektiver Autonomie, da die endgültige Entscheidung über die Herbeiführung des Todes dann doch von den medizinischen Autoritäten getroffen wird" (ebd.)[552].

Die Institutionalisierung der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz und in Oregon führt sowohl zu einer Stärkung der Selbstbestimmung als auch zu der von den Betroffenen gewählten Fremdbestimmung und Professionalisierung – ein nur scheinbar paradoxes Ergebnis. Das Paradoxon von Gehring und Lafontaine (2008, 204 ff) ergibt sich aufgrund einer quasifundamentalistischen weltanschaulichen oder philosophischen Perspektive, löst sich jedoch auf bzw. wandelt sich in Lebensweltphänomene, Deutungsmuster und Hypothesengeflechte, wenn man empirische Untersuchungen zu Einstellungen und Verhaltensweisen von Betroffenen heranzieht.

> „76% der Deutschen … finden, dass es Ärzten grundsätzlich erlaubt sein sollte, Schwerstkranke bei der Selbsttötung zu unterstützen, indem sie ihnen zum Beispiel ein tödliches Medikament zur Verfügung stellen. 18% sind dagegen. Das ergab eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Infratest dimap, die von SWR und WDR anlässlich des Themenschwerpunktes "Sterbehilfe" am kommenden Montag in Auftrag gegeben wurde. 72% sind der Meinung, dass das Suizidhilfe-Verbot des ärztlichen Standesrechts nicht richtig ist, sondern Ärzte in dieser Frage nach ihrem Gewissen selbst entscheiden sollten"[553].

Selbstbestimmung light wird heute als Ware angeboten, von Ärzten, Hospizen und right-to-die-Bewegungen. Damit ergeben sich Quasimärkte, wobei die Schwerkranken und Sterbenden in Organisationen meist schicht- und feldabhängiger professioneller Manipulation ausgeliefert sind und eine qualitativ hochwertige Selbstbestimmung ein seltenes Ereignis wird. Dass Selbstbestimmung als ‚relationales Konstrukt' definiert wird, ist plausibel, doch die Hinweise, dass Personen auch unter Lebensbedingungen, die ‚objektiv' durch umfassende Fremdbestimmung geformt sind, ihre ‚relationale dynamisch angepasste Autonomie' aufrechterhalten (vgl. Perkins et al. 2012), ist allzu leicht professionell zu missbrauchen.

In der Regel dürfte die Selbstbestimmung bei der Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe für die betroffenen Personen hochwertiger sein als die für sie realen Angebote ‚normaler' Sterbeprozesse in Krankenhäusern, Heimen und Hospizen. Aufgrund der desolaten Forschungslage ist diese Aussage freilich ebenso empirisch ungesichert wie die Annahme von Jordan (2010, 278 f), dass nur in Hospizen ein gutes Selbstbestimmungsklima zu finden ist, jedoch nicht in Gruppen der DGHS oder von Dignitas.

> Selbstbestimmung und Autonomiewünsche sind im Vergleich mit anderen Motiven (z.B. Befreiung von Schmerzen) der Personen, die in den Niederlanden aktive Sterbehilfe wünschen, zwischen 1977 und 2001 signifikant bedeutsamer geworden (Marquet et al. 2003).

Eine radikale, politischen und medizinischen Paternalismus ablehnende Autonomiestützung vertritt Szasz (1999). Menschen sollen das Recht haben, über sich zu entscheiden, auch im

[551] Die empirischen Beweise für diese Behauptung bezüglich der „Freitodstilisierung" fehlen.

[552] Wenn sich diese Sichtweisen von Lafontaine und Gehring nicht schlicht aus der herrschenden konservativen doxa ‚ergeben', sind sie wahrscheinlich aus der problematischen Verarbeitung von Foucault und anderen philosophischen Autoren und durch die Vernachlässigung empirischer Forschung zu dem Thema bzw. durch die Akzeptanz spezifischer Interpretationen erklärbar.

[553] http://www.ptext.de/nachrichten/bundesjustizministerin-kritisiert-suizidhilfe-verbot-aerzteschaft-infratest-dima-461055

Extremfall, Suizid zu begehen. Weder der Staat noch andere Institutionen sollen Rechte erhalten, Menschen in dieser Hinsicht an ihren Handlungen zu hindern, soweit diese nicht andere schädigen. Für Szasz ergibt sich daraus eine Ablehnung der Institutionalisierung von aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid, da in beiden Fällen Staat und Medizin auf Menschen Macht ausüben und ihr Handeln trotz zugesagter Freiwilligkeit bestimmen.

Doch pragmatisch betrachtet erhöht sich die Autonomie von Patienten in den Niederlanden oder in Oregon, da sie dort eher die Chance haben, dass ihr Sterbewunsch erfüllt wird. Gewiss sind die Argumente von Szasz und Lafontaine ernst zu nehmen, dass der Einfluss des Staates und der Medizin auf die Sterbeentscheidungen der Menschen verringert werden sollte.[554] Doch um über die Autonomie der Sterbenden unter verschiedenen Kontextbedingungen fundierte Aussagen machen zu können, müssten gute systemvergleichende empirische Untersuchungen vorliegen – was nicht der Fall ist.

Wenn authentische, echte oder relativ uneingeschränkte Selbstbestimmung schon unter normalen Lebensbedingungen von Gehirnforschern, Psychologen, Soziologen und anderen Wissenschaftlern angezweifelt wird, so gilt dies in viel stärkerem Maße für die Einschränkung des rationalen und selbstbestimmten Handelns von Schwerstkranken und Sterbenden durch Herrschaft, Bürokratie, Technologie, Bewusstseins-, Interaktions- und Kommunikationsschwächen etc.

> „Die empirische Realität der Kommunikation mit Sterbenden ist eben die, dass Selbstdistanzierungspotentiale – für alle Beteiligten – nicht in der gleichen Weise möglich sind wie in anderen, weniger prekären Situationen. Es ist zu einfach gedacht, nur darauf zu pochen, dass sich in der komplexen, von partiellem Nicht-Wissen, Intransparenz, Nicht-wissen-Wollen und gegenseitigen Ängsten geprägten Lage eine Situation herstellen ließe, in der sich der Wille der Beteiligten schlicht kommunizieren ließe.“ (Nassehi 2004, 92)

Dies ist durchaus korrekt. Allerdings ist es nicht notwendig, den Hier-und-Jetzt-Willen einer sterbenden Person zu bestimmen. Eine Person kann für solche schwierige Situationen eine Patientenverfügung verfasst haben. Der Gesetzgeber, die Ärzte und das Pflegepersonal sollten die planende Mündigkeit von Personen, wie es im Wirtschaftsbereich allgemein üblich ist, auch im Sterbebereich anerkennen.[555]

Selbstbestimmung ist nie ‚gereinigt' von Fremdbestimmung, sie ist immer erkämpft und wird häufig kolonisiert und instrumentalisiert. Klie und Student (2007, 113) verwenden jedoch diese Erkenntnis polemisch und partikularistisch. Menschen „werden in die Suizidalität getrieben, weil wir[556] ihnen die körperlichen und emotionalen Linderungsmöglichkeiten versagen.“ Ohne Zweifel gibt es viele Fälle dieser Art, doch bei der Gruppe der alten, chronisch kranken Menschen ist häufiger der soziale Zwang anzutreffen, ein subjektiv (!) schwer erträgliches Leben weiterzuführen und gute Miene zum bösen Spiel von Geschäftsleuten, Technikern, teilweise auch Bezugspersonen, soften Fundamentalisten und dem eigenen zur Unterwerfung programmierten ‚Gewissen' zu machen. Klie und Student stellen pauschalisierend die Helfer beim Suizid als Selbsttötungstreiber und implizit die Geschäftemacher und Dogmatiker, die die qualvolle und ressourcenverschwendende[557] Lebensverlängerung anderer betreiben, als Gutmenschen dar.

---

[554] Es ist keineswegs notwendig, dass Ärzten die Entscheidung bei der Beihilfe zum Suizid übertragen wird (vgl. Fenner 2007, 210 ff; Ost 2010) interdisziplinäre Teams wären wahrscheinlich geeigneter (vgl. Bosshard 2008), Demedikalisierung und eine spezifische Professionalisierung sind zumindest in Grauzonen realisiert und sollten auch anerkannt und erprobt werden.

[555] „Denn die Beweislast liegt nicht bei dem, der Freiheiten fordert, sondern bei dem, der diese (weiter) einschränken möchte“ (Simon 2007a, 95)

[556] „Wir“ ist eine verbrauchte Kollektivfalle, die trotzdem erstaunlich beliebt geblieben ist. Präziser ist z.B. statt „wir“ France Telekom oder Gesetz A im Staat X oder Internationale Vereinbarung Y zu schreiben, allerdings wird man dann weniger Gratifikationen erhalten.

[557] Man denke an die Milliarden, die durch überteuerte, wenig wirksame Medikamente in die Hände von Spekulanten, Herrschaftsakkumulatoren und Entmündigungsspezialisten gelangen.

Der Gerontologe Kruse (2003) schließt seine konformistischen und pastoralen Überlegungen zum Suizid an Gedanken von Seneca an.

> „Die von Seneca getroffenen Aussagen zeugen einerseits von einem tiefen Lebenswissen, welches das Wissen um die Vergänglichkeit und Endlichkeit des Lebens einschließt. Sie zeugen andererseits von der Sorge, bei Eintritt eines bestimmten physischen oder psychischen Zustandes das eigene Leben nicht mehr ausreichend kontrollieren zu können – in diesem Falle wird das Leben nicht mehr als lebenswert angesehen.
>
> Der in diesen Aussagen zum Ausdruck kommende, übermäßig ausgeprägte Individualismus scheint mir auch verantwortlich zu sein für die *in der Gegenwart* vielfach erhobene Forderung nach ‚assistiertem Suizid' oder ‚aktiver Sterbehilfe'. Dieser Zusammenhang wird in nachfolgender Aussage sehr deutlich aufgezeigt:
>
> ‚Der moderne Individualismus erhebt die Autonomie und freie Selbstverfügung des Einzelnen zum höchsten Gut; der Skandal eines passiven, hilflosen Sterben-Müssens ist für ihn nicht mehr akzeptabel' (Fuchs & Lauter, 1997, S. 104).
>
> Die Aussagen Senecas zum Freitod sind mit seinen Aussagen zur Vorbereitung des Menschen auf Sterben und Tod nicht in Übereinstimmung zu bringen. Auf der einen Seite soll das Individuum in seiner Biographie zu einer Akzeptanz seiner Vergänglichkeit und Endlichkeit gelangen. Auf der anderen Seite wird gerade die *Vergänglichkeit*, die sich ja nicht nur im Tod, sondern auch in der zunehmenden Verletzlichkeit der körperlichen und geistigen Funktionen des Menschen im hohen Lebensalter widerspiegelt, als ein Prozess betrachtet, dem der Mensch vor allem im Falle eintretender Einbußen der geistigen Funktionen durch Freitod zuvor kommen soll. Es wird dabei nicht gesehen, dass das Sterben ein natürlicher Prozess ist, in dem in besonderer Weise die *Mitverantwortung* anderer Menschen gefordert ist. Diese können durch die praktizierte Mitverantwortung dazu beitragen, dass Menschen auch im Falle starker Einbußen ihrer geistigen Funktionen menschenwürdig sterben und das Leben nicht künstlich beenden." (ebd., 5 f)

Die von Kruse hervorgehobene „Mitverantwortung" kann (und soll?) immer gefordert werden, unabhängig vom Grad der Selbstbestimmung und Individualisierung und vom Grad der ‚Natürlichkeit' oder ‚Künstlichkeit' des Sterbens. Wahrscheinlich wird die „Mitverantwortung" von denjenigen, die sich überteuert medikalisiert sterben lassen, viel stärker missachtet, als von denjenigen, die Suizid begehen oder Beihilfe zum Suizid wünschen. Die Aussagen von Kruse, die vielleicht auf den ersten Blick durchaus sinnvoll erscheinen, erweisen sich bei einer kritischen Analyse als informationsarm, unpräzise und missverständlich formuliert.

Das aus dem 19. Jahrhundert stammende Vorurteil des „übermäßig ausgeprägten Individualismus"[558] ist für eine wissenschaftliche Diskussion kaum brauchbar[559] (vgl. Ahrens 2004, 24 ff), es wurde hauptsächlich in autoritären Organisationen eingesetzt, um Volks-, National- oder Gemeinschaftsideologien zu stärken. Wenn man die Tötungsorgien des 20. Jahrhunderts betrachtet, dann hätte mehr „übermäßig ausgeprägter Individualismus" nicht geschadet, denn ein über Terror, Organisation, Technologie und Propaganda hergestellter „perverser Kollektivismus" und dogmatischer Solidaritätswahn (nicht: reflexive Solidarität) haben zu den Katastrophen geführt. Auch bei der Betrachtung des derzeitigen konkreten Sterbens vieler Menschen in Heimen oder Intensivstationen ist es eher ein Hohn, von „Individualisierung" oder „Selbstbestimmung" zu sprechen. Viele Heiminsassen klammern sich an Autonomiereste in einer übermächtigen kollektivistischen Organisation (vgl. Pleschberger 2004). Im Lichte derartiger Überlegungen sollte man Stellungnahmen wie die folgende lesen:

---

[558] Wenn überhaupt trifft das Merkmal „übermäßig ausgeprägter Individualismus" auf die Reichen und Superreichen zu, denen freilich dieser „übermäßig ausgeprägte Individualismus" durch eine verfehlte politische und ökonomische Strukturierung der reichen Staaten aufgedrängt wird.

[559] In der frankophonen Thanatologie ist dieses metaphysisch überhöhte Vorurteil in Variationen noch immer häufig anzutreffen (Baudry, Hintermeyer, Lafontaine, La Marne, Jeudy, Yonnet).

„Zimmermann ist überzeugt, dass der Wunsch, sich vorzeitig in den Tod befördern zu lassen, eine Randerscheinung autonomer Persönlichkeiten bleiben wird".[560]

Selbstopfer, Altruismus und Solidarität

Den Begriff *Selbstopfer*[561] kann man so bestimmen, dass das freiwillige Opfer des eigenen (physischen) Lebens (vgl. Karenberg 2010) aufgrund eines hohen Wertes erbracht wird. In einer pluralistischen Gesellschaft existiert kein für alle Personen und Kontexte verbindliches Wertsystem. Allerdings gibt es dominante Werte mit hohem Konsenspotenzial, zu denen die Selbsterhaltung und –verwirklichung gehören. Wenn folglich ein Mensch durch seinen Suizid die unerwünschte Veränderung oder Zerstörung seines in einem Lebenslauf entstandenen und gestalteten Selbst vermeiden will, dann kann dies als Selbstopfer anerkannt werden. Er würde weiterleben wollen, wenn gesichert wäre, dass das von ihm anerkannte und hoch geschätzte Selbst nicht durch das Weiterleben zerstört würde.[562] Der Suizid kann auch anderen bedeutsamen Werten dienen: dem Wohlergehen von Bezugspersonen, dem Vermeiden unnötiger Umwelt- und Lebenszerstörung durch Ressourceneinsparung, der Vermeidung von Fremdtötung. Im Folgenden werden verschiedene altruistische Gründe schwerkranker oder sterbender Menschen für selbstbestimmtes Sterben aufgelistet:

1. Steigerung der Lebensqualität von Bezugspersonen (Pflege, ökonomische Belastung etc.)
2. Erhaltung seiner personalen Identität, die nicht nur für ihn bedeutsam ist, sondern auch für die Erinnerung an ihn (z.B. bei Demenz),
3. Erhaltung der sozialen Identität (Rollen, Tätigkeiten, Erwartungen anderer etc.)
4. Die Punkte 2 und 3 betreffen (auch) sein postmortales soziales Leben und Sterben. Die Bewertung der Handlungen ist somit von der jeweiligen Weltanschauung abhängig.
4. Die Person will als Modell dienen, z.B. für einen ‚guten Suizid'.
5. Die Person will keine unnötige Ressourcenverschwendung betreiben. Sie geht von der Knappheit von Ressourcen aus und tritt für eine rationale Lebens- und Sterbegestaltung ein.
6. Für die Person ist es ein hoher Wert, das eigene Sterben selbst zu gestalten und sie befürchtet, wenn sie zögert, dass sie dies nicht mehr gemäß ihren Wünschen tun kann. Dies erscheint auf den ersten Blick egoistisch, doch es kann altruistische Aspekte enthalten, wenn andere Personen beteiligt sind.

Diese Motive oder Gründe werden in der Regel nicht ‚rein' auftreten, sondern mit anderen gemischt und an Kontexte gebunden sein. Theoretische und empirische Untersuchungen zu dem Zusammenhang von Altruismus, Solidarität und Opfer bei derartigen Handlungen wurden bisher verhindert, da das Forschungsgebiet hauptsächlich gemäß den Regeln und Rahmenbedingungen der Systeme Medizin und Recht gestaltet wird. Charakteristisch für die eingeschränkte Sichtweise ist z.B. folgende Aussage: „Altruistic suicide[563] arises when individuals are submissive to a value system in a society" (Nishiyama 2010, 12). Altruismus, der ansonsten gepriesen wird, wird in diesem Zusammenhang als Unterwerfung unter Normen,

[560] http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/1305266/Suizidhilfe-ist-eine-Sache-der-Privilegierten?from=suche.intern.portal

[561] Der Begriff *Selbstopfer* kann unterschiedlich verwendet werden. Er kann wie in dem oben ausgeführten Text das scheinbare Paradoxon der Selbstopferung zur Selbsterhaltung bedeuten oder er kann als Opferung des Selbst zu Gunsten eines anderen Selbst oder einer anderen Sache definiert werden, z.B. der bewusste Gang in die Demenz, in der das Selbst zu einem anderen Selbst wird. Um die Definitionen und die damit verbundenen Konstruktionen, Rekonstruktionen und Dekonstruktionen des *Selbst* wird in verschiedenen Feldern gekämpft.

[562] Das Selbst durch Zerstörung (des Körpers) zu retten, erscheint nur bei einer undifferenzierten und unkultivierten Betrachtung und bei einer Missachtung der Mehrdimensionalität des Sterbens paradox. Diese Vorstellung war in vielen Kulturen verbreitet. In einer modernen Gesellschaft ist das Selbst differenziert, z.B. nach einem einfachen Modell in personale und soziale Identität. Durch Demenz kann sowohl die personale als auch die soziale Identität in einer für das Hochindividuum unwürdigen und untragbaren Weise zerstört werden. Durch Suizid werden die personale und soziale Identität nicht nur im Bewusstsein des Suizidenten, sondern vor allem in ihrer postmortalen Gestalt im Bewusstsein der für den Suizidenten bedeutsamen Personen bewahrt. Die Bewertung dieser Identitätsgestaltung für andere Personen ist selbstverständlich nur perspektivisch durchzuführen.

[563] Der Begriff „altruistischer Suizid" wird in der wissenschaftlichen Diskussion nach wie vor stark durch Durkheim (1983) bestimmt, wobei eine wissen(schafts)soziologische und diskursanalytische Reflexion meist ausgeblendet wird.

also als zwanghaft bezeichnet. Schon Durkheim (1983) hat eine enge Definition von altruistischem Suizid verwendet, die er zur ‚Bestätigung' seiner Theorie benötigte. Dass Solidarität bzw. Altruismus einerseits und Individualismus bzw. Individualisierung andererseits in ihrer Definition und semantischen Positionierung feldabhängige Konstruktionen sind, wird von vielen Argumentatoren im Biothanatofeld implizit oder explizit verleugnet, d.h. wissenschaftstheoretische und sozialwissenschaftliche Standards werden von diesen Autoren und Sprechern nicht eingehalten.
Altruistischer Suizid und Kultivierung des Suizids[564] werden in derzeitigen Akteurskontexten fast nur im Zusammenhang mit Selbstmordattentaten genannt und untersucht. ‚Normale' Suizide werden dagegen nicht auf altruistische Komponenten hin untersucht, sondern pathologisiert und damit einer pluralistischen und offenen Diskursgestaltung entzogen. Doch das Alltagsbewusstsein kann durch diese sich als offen und ethisch korrekt gerierende Schnürstiefeldeutung und –wissenschaft letztlich nicht in den Griff gebracht werden.

Eine Person, die Suizid begeht, kann *altruistischer* und stärker gemeinschaftsorientiert denken und handeln, als eine Person, die sich gemäß den Erwartungen von Ärzten, Pflegefunktionären und Paternalisten dem „natürlichen Sterben" bzw. der kostenintensiven Lebensqualitätsverminderung in einer Organisation hingibt[565]. Dass ein Suizid bzw. eine Vermeidung professioneller Lebensverlängerung alter kranker Menschen in der Regel nicht nur mit egoistischen sondern auch mit altruistischen Komponenten verbunden ist, z.B. keine ökonomische, soziale oder psychische Bürde für andere zu sein[566] oder für Bezugspersonen eine positive Erinnerung an den Verstorbenen zu garantieren[567], wird von vielen ‚Experten' geleugnet oder in den großen Topf des erwünschten Nichtwissens geworfen. Zeichen des institutionell gelenkten Autoritarismus von vielen Psychiatern, Suizidologen, Theologen, Philosophen und Sterbeberatern sind Wert- und Motivationsverbote, z.B. soll ein Mensch seine begründete Einstellung, dass er keine Last für andere sein möchte, nicht ernst nehmen oder sogar für unmoralisch halten[568]. Wie nah die Befürworter harter Strafgesetze und gnadenloser Lebensverordnung einem aggressiven Fundamentalismus stehen, lässt sich an folgendem Zitat erkennen:

> „Auch bei Borasio finden sich verstörende Sätze: Über den lapidar hingeworfenen Satz im Kontext der Pro-Argumente für einen assistierten Suizid: warum es denn als „ethisch minderwertig und ablehnungswürdig" einzustufen sei, wenn ein Schwerkranker „den Wunsch" habe, „die eigene Familie zu entlasten", sollte man lange und scharf nachdenken, bevor man ihn wiederholt. Die Gewalt in Taten führt zur Gewalt in der Sprache – und umgekehrt" (Kummer 2015, 41 f).

Offensichtlich ist altruistischer Suizid in unserer Kultur unerwünschter als unkultivierter egoistischer Suizid[569], was man auch an dem international anerkannten Rechtfertigungskriterium

[564] Diesen Begriff „Kultivierung des Suizids" fürchten andere WissenschaftlerInnen wie der Teufel das Weihwasser. Im Englischen gibt es nur „cultivation of suicide bombers".
[565] „In einem australischen Eingeborenenstamm von Jägern und Sammlern, der jährlich ein bestimmtes Gebiet durchzieht, sondern sich die Alten freiwillig zum Sterben ab, um dem Stamm nicht zur Last zu fallen. In der heutigen westlichen Welt ist die durchschnittliche Lebenserwartung ohne eine entsprechende Steigerung der Lebensfreude und Verminderung der Lasten angestiegen. Vielmehr hat die Lockerung der Familienbande viele alte Menschen in sozialer und seelischer Hinsicht isoliert. Wären sie australische Eingeborene, würden sie sich erlauben zu sterben" (Toynbee 1970, 95).
[566] Wird das Problem in einer palliativmedizinischen Untersuchung in den Blick genommen, so wird peinlichst vermieden, sich auf Suizid, Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe zu beziehen (vgl. McPherson et al. 2007).
[567] Man kann dies auch Arbeit am „postself" (Shneidman 1995) nennen, an der eigenen sozialen Existenz nach dem physischen Tod.
[568] Pathologisierung dieses Wunsches, keine Bürde zu sein, ist so selbstverständlich, dass es in der suizidologischen Literatur keine Alternative zu Prävention und Therapie geben darf (vgl. Cukrowitz et al. 2011) – ein professioneller und wissenschaftlicher Dogmatismus, dessen Reflexionsarmut und Standesblindheit erstaunlich ist, wenn man sich die modernen Ausbildungsziele an Universitäten ansieht.
[569] Dies lässt sich auch durch eine Recherche einschlägiger wissenschaftlicher Literatur belegen. Es werden nur wenige Formen altruistischen Suizids behandelt: Selbstmordattentat und ähnliche radikale Formen der Selbstopferung im Dienste fundamentalistischer bzw. autoritärer Kollektive oder Selbsttötung in vergangenen kulturellen Kontexten (Antike, Japan). Formen moderner humaner altruistischer Selbsttötung dürfen offensichtlich von Wissenschaftlern nicht thematisiert werden.

zur aktiven Sterbehilfe[570] ablesen kann: *unerträgliches möglichst körperbezogenes Leiden*![571] (vgl. Bayatrizi 2008, 145 f)

Unbearable Suffering[572]

Nicht persönlichkeitsbezogene, moralische, ethische oder hochkulturelle Begründungen des um Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid Bittenden sind relevant, sondern dass er wie ein Vieh leidet – welch ein Triumph der Menschenrechte, der Spiritualität und der Empathie! In den meisten hochentwickelten Staaten wird sogar dieser für Tiere anerkannte Hilfegrund abgelehnt und Menschen, die sich moralisch zu dieser Hilfe verpflichtet fühlen und danach handeln, werden gemäß dem jeweiligen partikularen von einem großen Teil der Bevölkerung abgelehnten Gesetz, dem von staatsabhängigen Experten seine ethische Fundierung bescheinigt wird, in antiquierter Weise bestraft. Selbst von liberalen, der niederländischen und belgischen Gesetzgebung zumindest partiell anerkennend Gegenüberstehenden, wird ernsthaft diskutiert, ob man einer Person, die nicht den Alzheimerweg gehen will, *unerträgliches Leid* zubilligt[573]. Diese Person gibt in der Regel andere Gründe an, doch wie bei den meisten Bitten an Biothanato-Autoritäten werden nicht die Argumente der Person, sondern nur die konformen, herrschafts- und kapitalstützenden Argumente anerkannt[574]. Die Person, die um Beihilfe zum Suizid oder um aktive Sterbehilfe bittet, wird von Experten entmündigt, zu einer ‚borderline'-Persönlichkeit gemacht, die sich an der Mensch-Tier-Grenze bewegt. Wenn sie die Degradierung, Entselbstung und Pathologisierung demütig annimmt, erhält sie eine Chance, fremdbestimmt weiter mitspielen zu dürfen.

Nicht nur wird hier in skandalöser Weise von Politik, Recht, Wissenschaft, Religion und anderen anerkannten Institutionen und ihren Machthabern psychosoziale Versklavung gefördert, sondern es wird auch durch Unterdrückung von dieser doxa und der damit verbundenen Praktiken widersprechender Berichte die Meinungsfreiheit manipuliert.

Nur selten wird über nicht expertenadäquat leidende ‚Fälle' offen berichtet, die die medikalisierte und kollektiv vorgeschriebene ‚vollständige' Typologie entlarven:

> „… one 94-year-old woman, who was in excellent psycho-emotional condition and had no classifiable disease. She was living in a caring environment, communicating in a lively way and e-mailing with her extensive international network. She requested assistance in dying for reasons of being ready to quit life without any suffering at all" (Dees et al. 2011, 732).

Wijngaarden, Leget und Goossensen (2015, 257) beschreiben mit Hilfe von qualitativen Interviews das Phänomen „'life is completed and no longer worth living' from a lifeworld perspective". Alte nicht psychisch kranke Menschen, deren verbleibende physische Lebenszeit medizinisch nicht vorhergesagt werden kann und die somit expertenrational nicht als sterbend gelten dürfen, wünschen sich den Tod, beurteilen die weiterhin zu erwartende Lebensqualität als ihren Erwartungen nicht angemessen. Für diese Gruppe ist selbst in den Niederlanden ein humanes selbst bestimmtes Sterben nach wie vor erschwert. Kultivierung bedeutet nicht nur, der herrschenden Ordnung angemessene kulturelle Aktivitäten durchzuführen, sondern umfasst

[570] Die Absicht lautet: Jede positive Konnotation von aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid peinlichst zu vermeiden.

[571] „Unerträgliches Leiden" (unbearable suffering) ist ein Sperrbegriff der Biomachthaber. Das „Leid" wird von der betroffenen Person *subjektiv* bewertet, von Ärzten *objektiv* und paternalistisch (vgl. Pasman et al. 2009; Feikema 2012, 104). Die objektive Bewertung ist bürokratisch und humanhierarchisch hochwertiger, hat also bessere Durchsetzungschancen. Die Durchsetzungschancen sind auch stark vom Kapital und vom Habitus der leidenden Person abhängig.

[572] Von den Personen, die um aktive Sterbehilfe bitten, werden vielfältige Gründe für den Todeswunsch angegeben (vgl. Dees et al. 2011), die dann von Experten bezüglich des Kriteriums *unbearable suffering* geprüft werden.

[573] "And can the motive for requesting assistance in suicide be qualified as ‹unbearable suffering›? Some argue that this cannot be the case, because such suffering should be in the present and actually experienced. As Den Hartogh (2) argues: «For the person's request in his own sincere view is not motivated by his present suffering at all, but by his expectations for the future.»" (Berghmans et al. 2009, 33).

[574] Dies geschieht – allerdings nur in einer Minderheit der Fälle – mit hoher medizinischer und/oder philosophischer Verschleierungskompetenz.

auch Abstinenz bezüglich weiterer eigener kultureller Tätigkeit und einen selbst bestimmten nicht stigmatisierenden Abschluss der eigenen Lebens- und Sterbewelterfahrung.

Für eine Kultivierung des Zusammenspiels von Selbst- und Fremdbestimmung sind zwar die Strafgesetze und die Manipulation der öffentlichen Diskurse bedeutsam, doch die Grundlage der Misere liegt in der Gestaltung der sozialen Ungleichheit. Wenn man die soziale Ungleichheit bezüglich der Belastung von Angehörigen durch ein langes Sterben verringern und damit auch die Selbstbestimmung und Zufriedenheit von Schwerstkranken und Sterbenden erhöhen möchte, sollte man für politische, ökonomische und rechtliche Systemänderungen und nicht primär für den Ausbau von Palliativstationen eintreten[575]. Wenn öffentliche Sprecher – was vielfältig geschieht – ‚allen Menschen' einreden, dass nur durch die Ausweitung von medizinischen Leistungen, Hospizen und Palliative Care ihre Sterbeprobleme fremdgelöst werden, dann fördert man *Verdrängung* und Passivität, d.h. sie sind weniger motiviert, politische, ökonomische und soziale Lösungen für existentielle Probleme zu suchen[576].

Klie und Student (2007), zwei prominente Kämpfer gegen Kultivierungsformen des selbst bestimmten Sterbens, die von den mächtigen Funktionären nicht gewünscht werden, bieten eine Mixtur aus philosophischen, religiösen, medizinischen und psychologischen Annahmen und Ideologien und einer verifikationsorientierten Selektion von Erfahrungsberichten und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Trotzdem bricht die Argumentation ständig ein, z.B. gestatten sie „großen Persönlichkeiten" wie Freud das selbstbestimmte Sterben, befürworten unbeabsichtigt (?) und halbherzig einen ‚Luxussuizid', allerdings nur für wenige Auserwählte, zu denen kein Lebender gehören darf (76).[577]
Klie, Student und viele Thanatoexperten geben vor, für andere Personen ein verbindliches ‚wissenschaftlich gestütztes' Menschenbild und eine universale Moral bzw. Ethik herstellen zu können[578]. Offensichtlich soll die Selbstbestimmung im sakralen Bereich der Sterbeplantagen beschnitten werden, der ökonomisch, administrativ und technisch klassenspezifisch geregelt ist und von Experten- und Funktionärs(halb)göttern ideologisch betreut wird.
Dörner (2009) fordert im Namen der „heiligen Indikation"[579] die Unterwerfung der in einem Lebenslauf entstandenen verfassungsmäßig geschützten Person, um die totalen Organisationen für Patienten im permanenten vegetativen Status aufzustocken[580].

Gegen den Willen, die Interessen bzw. das Selbstbild einer Person aus ihr eine ‚neue' zu machen, sie neu zu „konstellieren" (83), hat Tradition, wurde und wird durch Folter, Bewusstseinsmanipulation und in politischer und religiöser Zwangsvergemeinschaftung versucht. Es gibt genügend historische Beispiele, dass gleichzeitig Solidaritäts- und Schicksalsgemeinschaften beschworen und Individuen in Schrumpfformen gepresst wurden. Man sollte auf dem Boden der Tatsachen bleiben, nicht das „alte Ich" versklavt oder kolonisiert das „neue Ich", sondern Organisationen wie Krankenhäuser, Heime, Gefängnisse und ‚Menschenbearbeiter' überwältigen und vergewaltigen Menschen. Nicht die autonome Person entwertet sich selbst, sondern Führer, Paternalisten, Geschäftemacher, Autoritätsfetischisten und die von ihnen ge-

[575] Vgl. zu Systemaspekten Greil (2008, 193 f).
[576] Hospiz- und Palliativtheorien, –organisationsmodelle und -untersuchungen beziehen kritische soziologische Erkenntnisse (Herrschafts- und Sozialstrukturtheorien, Bourdieu etc.) nicht oder kaum ein.
[577] Über die Suizide ‚großer Persönlichkeiten' gibt es kontroverse hochkulturelle Diskurse – vom Alltagsgeschehen weit entfernt. Wenn allerdings in den Medien über einen aktuellen Suizid einer bekannten oder berühmten Person berichtet wird, treten häufig Professoren und Experten als Wachhunde auf, um für die symbolische Vernichtung der Person zu sorgen.
[578] Diese paternalistischen Universalismen werden auch ohne Berücksichtigung empirischer Untersuchungen konzipiert, sind also in der Regel Ausflüsse professioneller westlicher meist nationaler Mittelschichthabitusprovinzen, d.h. die nationalen und globalen Unterschichten werden völlig vernachlässigt (vgl. Howarth 2007b).
[579] Sahm (2008, 123) spricht von einem „Vorrang der Indikation vor dem Recht auf Selbstbestimmung", m.E. ein Verstoß gegen ein grundlegendes Menschenrecht.
[580] Diese paternalistische Position wird durch eine sophistische Argumentation gestützt: „denn in meiner gegenwärtigen Verantwortung würde ich die aus der Vergangenheit stammende Selbstbestimmung des Patienten über seine gegenwärtige Selbstbestimmung stellen und seiner eigenen Fremdbestimmung Vorschub leisten" (ebd. 5). Die Selbstbestimmung des schwer dementen oder im Wachkoma liegenden Patienten wird von dem genialen Therapeuten authentisch erfasst!

stalteten Akteur-Netzwerke verbiegen, degradieren und instrumentalisieren die historisch und politisch mühsam errungene Autonomie der einzelnen. Nicht die von einem die Emanzipation fördernden Recht geschützten Patientenverfügungen mündiger Menschen gefährden die „Kollektivmoral“, sondern verfehlte konservative Politik-, Rechts-, Wirtschafts- und Bildungssysteme, die Benachteiligte benachteiligen, und die Rüstungsindustrie und die Finanzspekulation und ... Und trotz Säkularisierung sollte man nicht vergessen: Viele religiöse und quasireligiöse Leitgestalten sind nach wie vor an der Unterminierung der Selbstbestimmung, an der Schwächung des säkularisierten psycho-physischen Systems interessiert, da sie an den Bruchstellen Anschlusschancen für religiöse und herrschaftsfördernde Eingriffe vermuten. Kruse (2016), ein national anerkannter paternalistischer Gerontologe, beschwört im Dienste der medizinisch-pflegerischen Ökonomie ein gespenstisches Selbst und eine entsprechende Identität nicht nur entgegen dem common sense, sondern auch „legitimiert“ durch eine fragwürdige Auswahl „wissenschaftlicher Belege“.

Eine ähnliche paternalistische „Ethik“[581] wie Kruse, Klie und Student vertritt auch Michael Wunder (2008). Eine das Selbstbestimmungsrecht ernst nehmende Patientenverfügung wird von ihm als „Selbstversklavungsbindung“ (25) bezeichnet. Er schildert einen amerikanischen Fall, in dem eine Patientin eine künstliche Ernährung untersagt hatte, wenn sie tödlich erkrankt und nicht mehr entscheidungsfähig wäre. Die Äußerungen ihrer „Nachfolgepersönlichkeit“ wurden vom Pflegepersonal so interpretiert, dass sie Essen verlange, doch das Gericht entschied für die Gültigkeit der Entscheidung der „Vorgängerpersönlichkeit“. Das „Problem“ ergab sich freilich, weil es vom Gesetzgeber und von den Menschenbearbeitern nicht zugelassen wird, dass eine Person eine für sie geltende konsistente Entscheidung trifft, nach einem solchen Schlaganfall nicht mehr weiterleben zu müssen. Der Gesetzgeber zwingt sie zum Weiterleben, gestattet ihr jedoch eine Lebensverkürzung gemäß den paternalistischen Regeln des jeweiligen Gesetzes und seiner fremdbestimmten Auslegung.
Dass „ein Ich“ ein „anderes Ich“ derselben Person dominiert, ist übrigens eine normale und anerkannte Tatsache:

- Ich A will z.B. eine Vergewaltigung durchführen und Ich B ist dagegen. Ich B setzt sich durch, „vergewaltigt“ oder „versklavt“ also Ich A.
- Ich A möchte z.B. nicht dement werden, ‚entschließt’ sich jedoch ‚im Interesse’ von Ich B auf Suizid zu verzichten, lässt sich also von Ich B und anderen Ichen und Pflegepersonen versklaven.

Um die Strategie zu beleuchten, kann man auch einen Mythos verwenden. Odysseus lässt sich von seinen Kameraden, die ihre Ohren verklebt haben, anketten, um nicht dem Gesang der Sirenen zu verfallen. Der Suizid, die Beihilfe zum Suizid und die aktive Sterbehilfe können solche Mittel sein, um einer ‚Verzauberung’, Versklavung oder ‚Entselbstung’ zu entkommen.

Noch weitere zu dem Diskurs passende Argumentationsfiguren:

> „Es scheint mir nicht so wichtig zu sein, viel gesetzgeberische Spitzfindigkeit an die Frage zu verschwenden, inwieweit eine ‚warm in der Etappe’[582] formulierte Verfügung für den Ernstfall verbindlich sein kann“ (Börner 2006, 193).

Der Vorstand der 2. Chirurgischen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien, Prof. Dr. Peter Moeschl, äußerte in der Tageszeitung „Standard“:

> „Uns muss klar sein: in Gestalt der Patientenverfügung wird die – aktuelle und auch im Krankheitsfall nie abgeschlossene – Willensbildung von Menschen mittels ihrer selbst gefassten Vorentscheidung unterlaufen. Diese Verfügung führt dazu, die aktuelle Entscheidungsfähigkeit des Patienten im

[581] Eine Ethik ist dann paternalistisch, wenn zentrale Autonomiebereiche beschnitten werden, deren Freigabe zu keiner wesentlichen Einschränkung der Autonomie anderer Personen führen würde.
[582] Die Ausdrucksweise eines staatlich gestützten und geschützten Quasi-Generals.

> Zweifelsfall zu ignorieren. Sie veranlasst die moderne Medizin dazu, den Patienten als Sache zu behandeln, über die – wenn auch paradoxerweise von ihm selbst! – im voraus verfügt ist.“[583]

Was „Entscheidungsfähigkeit“ und „persönliche Entscheidung“ des Patienten bedeutet, soll der Interpretation des Arztpriesters ausgeliefert werden. Personen werden in Organisationen, z.B. Krankenhäusern, teilweise verdinglicht, primär aufgrund ökonomischer, technischer und organisatorischer Bedingungen. Viele Ärzte verfügen über die professionelle Kompetenz, Personen bzw. Teile von ihnen als „Sache“ zu behandeln – wobei Patientenverfügungen das autonome professionelle Arbeiten stören können.

Ein Beispiel für eine andere Sichtweise dieser Problematik:

> „Wenn eine Person z.B. schriftlich festlegt, dass sie im Falle dauernder Bewusstlosigkeit bzw. starker Depersonalisierung eine andere Person ihres Vertrauens beauftragt, ihr postpsychomortal Beihilfe zum antizipierten Suizid zu leisten, und auch die technische Beschreibung für die Gestaltung dieser Handlung liefert, so gilt diese Regelung nicht, weil sie mit der von Minderheitsgruppen beherrschten Rechtslage und Medizinpraxis nicht vereinbar ist.“ (Feldmann 2008a, 179)

Mit Klie, Student und Wunder stimme ich überein, dass ein Sklavereidiskurs erhellend wirken kann.

Anregungen zum Sklavereidiskurs

Versklavung kann man als Kontinuum ansehen. Zusätzlich kann man zwischen Fremd- und Selbstversklavung unterscheiden. Versklavt können Körper, Psychen oder soziale Identitätskomponenten werden.[584]
Wenn der Körper eines Menschen der Verwertung und Ausbeutung durch eine medizinische oder andere Organisation übergeben wird, mit oder ohne Zustimmung der Person, steigt die Wahrscheinlichkeit der Versklavung aller drei Teile der Person. In Pflegeheimen und auf Intensivstationen liegen sehr häufig versklavte, kolonisierte und instrumentalisierte Menschen und ihre Teile.
Wenn von herrschenden Gruppen und Organisationen Marktsituationen geschaffen werden, durch die Menschen gezwungen werden, ihre Arbeitskraft für geringe Löhne zu verkaufen, liegt eine Form von Sklaverei vor.

In der Geschichte der Menschheit waren immer wieder Personen der Meinung, dass Suizid der Versklavung vorzuziehen ist. Auch den neuen Formen der ‚humanen’ Freiheitsberaubung in medizinischen Organisationen und Heimen versuchen einige durch Suizid oder Verweigerung zu entkommen, da sie sonst befürchten müssen, instrumentalisiert und entwürdigt zu werden. Reiche Staaten, wie Deutschland und die USA, deren Eliten stolz sind auf die nationalen Freiheits- und Lebensschutzrechte, dulden nicht nur nationale und globale psychosoziale Verstümmelung und Menschenhandel[585], sondern fördern sie. Nationale und internationale Wirtschaftsgesetze und -vereinbarungen der hochentwickelten Staaten dienen direkt und indirekt der Sklaverei, der Zwangsarbeit und dem Menschenhandel.[586]

Die Funktionäre der Palliativ- und Hospizbewegung, religiöser und konservativer Gruppen beschwören Gemeinschaft, Solidarität, Fürsorge, Mitverantwortung und andere Kollektivsubstantiva – ohne sozialwissenschaftliche Fundierung. Doch in einer modernen Gesellschaft soll-

[583] http://www.kripo-online.at/krb/show_sel.asp?sel=6&aus=67
[584] *Versklavung* ist ein Konstrukt, das im Zusammenhang mit der Identitätserosion dementer oder sterbender Menschen ungewöhnlich ist. Häufig wird von Identitätsveränderung oder –wechsel gesprochen. Parker (2011, 42 ff) erwähnt vier Identitäten, die in Pflegeheimen ‚realisiert‘ werden und die weitgehend von Selbstbestimmung unabhängig sind: ökonomische, körperliche, sterbende und sonstige fremdkonstruierte Identität.
[585] Vgl. http://aei.pitt.edu/15122/1/Spotlight_Menschenhandel_neu.pdf.
[586] Die Lebensminderung und Unterdrückung wird auch durch die reichen Staaten mitverursacht, da sie politische und ökonomische Systeme stützen, in denen weltweit Sklaverei und sklavereiähnliche Verhältnisse verankert sind, die vor allem Frauen und Kinder treffen (vgl. Skinner 2008; Ziegler 2003; Cacho 2011).

ten die Lebenswelten der von übermächtigen Organisationen bedrängten Individuen, Gruppen und Netzwerke geschützt werden, auch vor Funktionären, die zwar im Dienste von menschenverarbeitenden ökonomisch und politisch gesteuerten Organisationen stehen, denen aber Gemeinschaftshonig von den Lippen fließt. Menschen lernen zwar durch Schulen und Medien viel Unbrauchbares, aber zu wenig, wie sie ihre Selbstständigkeit einschränken oder ausweiten können, welcher Gemeinschaft, welchem Puppen- oder Horrorheim sie vertrauen wollen, sollen, können etc., sich vielleicht sogar dafür opfern oder sich der Einschnürung lustvoll hingeben – oder sich aus Funktionen, Solidaritäten und väterlich-mütterlichen Kuschelecken herauskatapultieren. In einem Zeitalter des ‚Ichkults', der Selbststilisierung, der Reflexivität, aber auch der ‚Selbsterschöpfung' (Keupp 2009), Selbstzerstörung etc. zeigt sich Kultivierung nicht nur bei der Entschlüsselung von Genomen, der Erfindung neuer Kommunikationsmittel und beim Bau von Museen, Atombomben und Staudämmen, sondern eben auch in Selbst- und Gruppenexperimenten, die nicht nur die Kompetenz, Milliarden Euros und die Lebenschancen von Millionen Menschen zu jonglieren und zu verspielen, sondern auch die Kompetenz zum Suizid und zur aktiven Sterbehilfe einschließen.

Dörner (2007) konstruiert eine „Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit" jenseits des entwickelten Ichs, was aber nichts daran ändert, dass jeder selbstbewusste Mensch über seine gegenwärtigen und künftigen Beziehungen und Kommunikationen Entscheidungen treffen kann und darf. Dörner spricht von „heteronomiebasierter Autonomie"[587] (215), eine Konzeption, die man auch in der Gehirnforschung, Psychologie und Soziologie verankern könnte. Doch diese Perspektive *rechtfertigt* keineswegs seine normativen Vorschläge. Auch ist seine Kritik einseitig, ansonsten würde er dem „selbstmitleidig-ökonomischen Selbstbestimmungsdiskurs" (213) den „paternalistisch-ökonomischen Hilfe- und Fürsorgediskurs" gegenüberstellen.

Exkurs: Paternalismus und Maternalismus

Warum gedeihen Paternalismus und Konformismus in juristischen, religiösen, medizinischen und pflegerischen Kontexten so gut? (1) Es handelt sich um normativ und organisatorisch stark geregelte Felder, (2) Führerprinzip und Hierarchisierung sind fest verankert, (3) Strenger-Vater-Modell (Lakoff/ Wehling 2008), (4) es findet eine langfristige Sozialisation statt, (5) Mimesis, Nachahmung *erfolgreichen* Verhaltens und erwünschter Einstellungen, (6) selektive Wahrnehmung, (7) Reduktion kognitiver und habitusspezifischer Dissonanz. So ist es nicht verwunderlich, wenn Leitungspersonal von Kliniken oder Heimen mitteilt, dass in ihren Arbeitsbereichen nie Wünsche nach Suizid oder aktiver Sterbehilfe auftauchen.[588]

Silencing oder die Eleganz der Chefärzte

In Krankenhäusern, Heimen und Hospizen werden die Personen, die ‚frühzeitig' sterben wollen, zum Schweigen gebracht: *silencing*. Wie früher Homosexuelle in der dogmatisch heterosexuellen Kultur von Ärzten überredet wurden, dass sie doch gar nicht homosexuell sein wollen und durch eine Therapie ‚normalisiert' werden könnten, so werden Personen, die früher, als die Autoritäten und Kulturträger es zulassen, sterben wollen, mehr oder minder freundlich und alternativlos auf den rechten Pfad gebracht (vgl. zu *silencing* Taket/ Foster/ Cook 2009).

Ein typisches Beispiel für professionellen Paternalismus:

> „Noch ist aber viel zu tun, um sich mit der Suizidprävention bei alten Menschen gegen gängige Vorurteile durchzusetzen. Dazu gehört z.B. die höhere Akzeptanz des Alterssuizids gegenüber den

---

587 Viele, vielleicht die meisten Menschen in der EU ziehen eine „heteronomiebasierte Autonomie" einer „heteronomiebasierten Heteronomie" vor!

588 In der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Führungspersonal von Heimen werden zu wenig sozialpsychologische Kenntnisse vermittelt. Außerdem werden in Krankenhäusern und Pflegeheimen Strukturen geschaffen, die wie in Gefängnissen viele Insassen entmündigen, ihre Identitäten (zer)stören und sie zu passiven Rollenträgern machen.

> Suiziden junger Menschen. Diese höhere Akzeptanz ist Ausdruck eines negativen Altersbildes. Altersdefizite werden einseitig überbetont. Alten Menschen wird eher das „Vorrecht" eingeräumt, ihrem Altersleiden selbst ein Ende zu setzen“ (Erlemeier 2010, 191)

Erlemeier geht von seiner ‚vorurteilsfreien’ wissenschaftlichen Position aus und stellt ‚objektiv’ Vorurteile bei anderen fest. Das ‚negative Altersbild‘, das nach seiner empirisch nicht gestützten Meinung Akzeptanz des Alterssuizids ‚verursacht‘, steht im Gegensatz zu dem ‚Strengen-Vater-Modell‘. Erlemeier wendet sich gegen die – übrigens durch die Verfassung garantierte – ‚Vorrechtsautonomie’, die nach seiner Ansicht (?) erst durch eine psychiatrische Untersuchung – und auch dann kaum – erteilt werden kann[589]. Auch die Defizitperspektive sieht er nur bei den ‚anderen’, nicht bei seiner Zunft.

Von Sprechern der Medizin ist zu hören, dass die paternalistische Epoche zu Ende gegangen ist, und nun Patientenautonomie und informed consent vorherrschen. Manche Autoren beschreiben die gesellschaftliche Lage, als würden der Gesetzgeber und die öffentliche Meinung die Autonomie gegen die schweigende Mehrheit durchsetzen wollen, die am Paternalismus hängt. So werden jedenfalls Patientenbefragungen interpretiert. Selbst wenn bei den meisten Patienten der Glaube an den Herrn „Doktor“ ungebrochen wäre, ist die Haltung von Personen und Gruppen gegenüber dieser „Tatsache“ nicht aus den Untersuchungen ableitbar.

Zwar sollten Paternalismus bzw. Maternalismus grundsätzlich gemäß den Werten der Menschenrechte und der Selbstbestimmung von Menschen bekämpft werden, doch man sollte in Kontexten und perspektivisch beobachten und entscheiden. Von Vertretern der Verhaltensökonomik wird z.B. ein begrenzter und transparenter Paternalismus für Entscheidungen im Gesundheitsbereich empfohlen (vgl. Loewenstein/ Brennan/ Volpp 2007). Paternalistische Regelungen sind nicht nur durch formale demokratische Verfahren zu begrenzen und schrittweise abzubauen, sondern durch empirische Untersuchungen und Evaluationen, durch exzellente Aufklärung und Transparenz, die bisher auch in den hochentwickelten Staaten in zu geringem Maße aufzufinden sind, einer humanisierenden und kultivierenden Gestaltung zu unterwerfen.[590]

Warum ist ein staatlicher Paternalismus, der durch Besteuerung und andere Maßnahmen den Alkohol- und Tabakkonsum in der Bevölkerung reduziert oder der verhindert, dass Kinder durch ihre Eltern physisch oder psychisch schwer geschädigt werden, einem staatlichen Paternalismus, der die Kultivierung und Selbstbestimmung des Sterbens ver- bzw. behindert (Verbot aktiver Sterbehilfe, Erschwerung der Beihilfe zum Suizid, Stützung von Vorurteilen über Suizid etc.), vorzuziehen?

Weil der erstgenannte Paternalismus mehr physisches, psychisches und soziales Leben rettet und die gesellschaftliche Entwicklung begünstigt, während der zweitgenannte zentrale durch Verfassungen, Menschenrechte und vor allem von den meisten Menschen selbst hochgeschätzte Werte nicht genügend ernst nimmt und damit beschädigt und Zivilisierungs- und Lernprozesse blockiert.

Alkohol- und Tabakkonsum wurden seit Jahrhunderten vielfältig in Lebenswelten integriert, so dass totale Konsumverbote auf zu großen Widerstand stoßen würden und äußerst unerwünschte Nebenwirkungen hätten. Aktive Sterbehilfe, Suizid und Beihilfe zum Suizid wurden undifferenziert unterdrückt und in Grauzonen abgedrängt, individuelle und gruppenspezifische Kultivierungen wurden diffamiert, verteufelt und stigmatisiert. Der thanatospezifische Paternalismus stärkt rückständige Herrschaftsstrukturen, der alkohol- und tabakbezogene und kin-

[589] Ein derartiges ‚Untersuchungsergebnis‘ wäre übrigens nach Meinung eines Psychiatrieexperten wissenschaftlich anzuzweifeln. „As yet psychiatry does not have the expertise or the will to ‘select’ those whose wish for a premature death is rational, humane and ‘healthy’.” (MacLeod 2012, 7)

[590] Die politischen Funktionäre setzen sich zwar für exzellente Autos und Panzer ein, nicht für exzellente Aufklärung und Transparenz.

derschützende Paternalismus dagegen ist gesundheitlich und ökonomisch gerechtfertigt und ermöglicht nachhaltige gesellschaftliche Verbesserungen.[591]

Das Bevölkerungswachstum in vielen Regionen der Welt führt zu Überlegungen bezüglich eines biothanatologischen Paternalismus[592]. Das bisher wahrscheinlich bedeutsamste ‚Großexperiment' ist die Ein-Kind-Politik Chinas. Von dominanten westlichen demokratischen, individualistischen und kapitalistischen Sichtweisen wird ein derartiger Staatspaternalismus abgelehnt[593]. Wenn man allerdings einen Systemansatz, in dem Nachhaltigkeit, Zivilisierung und langfristige globale Lebensbilanzen hoch gewichtet werden, wählt, dann wird man kaum eine realistische Alternative zum bevölkerungspolitischen Paternalismus in China seit den 1970er Jahren angeben können. Während die chinesische autoritäre Regierung in den vergangenen drei bis vier Jahrzehnten eine relativ erfolgreiche nachhaltige Bevölkerungspolitik betrieben hat, haben viele westliche und andere Regierungen (z.B. Indien) und Machteliten in dieser Zeit trotz ihrer Betonung von Humanismus und Menschenrechten bei gleichzeitiger Förderung hemmungsloser Kapitalakkumulation und Lebensgrundlagen zerstörender westlicher Lebensstile im Rahmen ihrer Möglichkeiten nur eine schwache (biothanatologische) Leistung erbracht.

Patientenverfügung

Es gibt inzwischen viele Vergleiche von Staaten und anderen relevanten Kollektiven, doch leider noch keinen bezüglich des Selbst- und Mitbestimmungspotenzials der Menschen. Es lassen sich bisher nur Wirklichkeitsausschnitte beurteilen. Ein Wirklichkeitsausschnitt betrifft Patientenverfügungen. Durch die neue Patientenschutzgesetzgebung sind in Deutschland die rechtlichen und faktischen Realisierungschancen des Selbstbestimmungspotenzials verbessert worden – eine These, die durch Evaluation überprüft werden sollte.[594] Die Patientenverfügung ist ein Schritt in einem Prozess der Entfaltung der individuellen Sterbeplanung, die von Professionellen und Dienstleistern begleitet und mitgesteuert wird. Es gab im Bundestag einen Gesetzesvorschlag, der eine Beratung bei der Abfassung der Patientenverfügung obligatorisch machte. Doch erstens handelt es sich bei einem derartigen Beratungszwang um eine paternalistische Beschneidung der Selbstbestimmung, und zweitens besteht in der derzeitigen Situation die Gefahr, dass diese Beratung von den Interessen mächtiger Gruppen gelenkt wird[595].

These 22b: Die Patientenverfügung ist bisher eine Angelegenheit gebildeter Mittelschichtpersonen, die sich mit dem Thema Sterben beschäftigen, also für eine Minderheit, auf absehbare Zeit nicht mehr als 20 % der erwachsenen Bevölkerung. Sie bereiten sich auf das Sterben so vor wie auf eine Reise in ein gefährliches Gebiet der Welt.

Christoph Student (2007) sprach sich – vergeblich – gegen ein die Selbstbestimmung förderndes Patientenverfügungsgesetz aus: „Denn Leben und Sterben sind *dynamische* Prozesse, denen ein *statisches* Instrument wie die Patientenverfügung nicht gerecht werden kann." Wie wahr!? Doch Reanimation, PEG-Sonde und andere medizinische oder pflegerische Maßnah-

---

[591] Diese Beurteilung ist auf die derzeitige Situation in den hochentwickelten Staaten bezogen. Es sind in Zukunft durchaus Konstellationen denkbar, in denen biothanatologische Paternalismen, allerdings ziemlich sicher nicht Verbote von aktiver Sterbehilfe, zur Vermeidung von Katastrophen breite Zustimmung finden.

[592] Der Paternalismus der USA und anderer westlicher Regierungen hat dazu beigetragen, dass global viele Frauen nicht Empfängnisverhütungsinformationen und –mittel erhalten. Vgl. http://www.heise.de/tp/blogs/8/152241.

[593] Durch die westlichen Bildungs- und Mediensysteme wurden Unwissen und Fehlwissen über die Bevölkerungungspolitik insgesamt und im Besonderen über China iin den vergangenen Jahrzehnten hergestellt.

[594] Information für Skeptiker: „A new survey has found for example, that three quarters of doctors would ignore a patient's chest tattoo saying ‘Do Not Resuscitate' (Cousins 2012)" (Williams et al. 2012, 2).

[595] Diese Leitung durch Fremdinteressen findet auch in der derzeitigen juristisch und medizinisch gerahmten Situation statt. „In den *Patientenverfügungen* schaffen Menschen selbst Dokumente, die sich auf ihre persönliche ars moriendi richten. Allerdings werden sie gezwungen, die Dokumente in medizinischen und juristischen Denk- und Sprachspielen abzufassen" (Feldmann 2010c, 182).

men sind ebenfalls mehr oder minder statische Instrumente. „Eine Patientenverfügung überfordert alle Beteiligten - diejenigen, die sie aufsetzen ebenso, wie diejenigen, die sie zu befolgen suchen.“ (ebd.) Auch diese Aussage ist wahr, wenn man die Entscheidungskriterien entsprechend ansetzt. Doch wie überfordernd sind erst die patientenverfügungslosen Entscheidungen in der realen Sterbephase – so überfordernd, dass leitende Ärzte und Richter Gedanken und Gespräche zur eigenen Überforderung peinlichst vermeiden.[596]

Generell ist festzustellen, dass die meisten Menschen in einer modernen Gesellschaft überfordert sind, wenn sie Entscheidungen treffen, die sich auf komplexe Probleme beziehen: politische Wahlen, Geldanlage, Kauf eines Hauses, Heirat, Kinder in die Welt setzen, einen Beruf ergreifen etc. Patientenverfügungen sind keine Ausnahme. Gemäß einer amerikanischen Untersuchung, in der das in einem Patientenverfügungsformular Festgelegte mit den Vorstellungen über lebensbedrohende Situationen, die in einem persönlichen Gespräch mit den Befragten erfasst wurden, verglichen wurde, ergaben sich nur geringe Übereinstimmungen (Winter/ Parks/ Diamond 2010). Jox (2011, 140 ff) bringt differenzierte Vorschläge, um die Gestaltung und den Einsatz von Patientenverfügungen zu optimieren.

Dass ‚im Hintergrund’ der rechtlichen und medizinischen Begünstigung von Patientenverfügungen eine Bevölkerungspolitik steht, die auf das ‚rechtzeitige Ableben’ unterprivilegierter Frauen (und Männer) zielt, ist eine Vermutung, der allerdings eine solide empirische Grundlage fehlt (vgl. Hinweise bei Konnertz 2010, 146) und die im Rahmen von bisher nicht durchgeführten Prozessevaluationen berücksichtigt werden sollte. Bewiesen ist dagegen, dass die derzeitige der Öffentlichkeit meist nur verzerrt mitgeteilte Bevölkerungs-, Wirtschafts- und Außenpolitik der hochentwickelten Staaten – völlig unabhängig von ihren Sterbehilfe- und Patientenverfügungsregelungen – eine globale krasse Lebensverkürzung Unterprivilegierter begünstigt (vgl. Schriften von Pogge, Wilkinson u.a.).

Ein zentrales Problem komplexer moderner Vergesellschaftung ist die Ungleichheit fördernde Kombination von Organisation, Stellvertretung, Hierarchie und Führung. Entfremdung, ein guter Nährboden für die Beschleunigung von psychischem und sozialem Sterben, ist ein zentrales Ergebnis dieser Veranstaltung, das schon seit dem 19. Jahrhundert diagnostiziert wird. Die Patientenverfügung ist ein Schritt eines Emanzipationsprozesses, um die unerwünschte Stellvertretung durch Ärzte, Bezugspersonen und andere zurückzudrängen und Selbstverfügung schrittweise zu institutionalisieren. Im Konflikt der Rationalitäten (therapeutische, organisatorische, rechtliche, ökonomische, personale Rationalitäten) haben die meisten Personen schlechte Durchsetzungschancen. Im Bildungssystem wird eine personale Biothanatorationalität nicht explizit angestrebt, schon gar nicht eine kritische multiperspektivische Rationalität. Wenn gefordert wird, dass die Erstellung der Patientenverfügung durch ärztliche Beratung begleitet wird, ergibt sich das Problem, dass die kritische personale Rationalität durch die therapeutisch-organisatorische des Arztes dominiert und verfälscht werden kann.

Die Patientenverfügung ist selbstverständlich nur ein Instrument, das sich in Zukunft in ein System von Instrumenten und Angeboten zum Sterbemanagement einfügen wird – jedenfalls für den privilegierten Teil der Menschheit. Die Patientenverfügung kann als zentrales Steuerungsinstrument eingesetzt werden. Eine Person kann unter bestimmten Bedingungen, in der sie allein nicht mehr solche Entscheidungen fällen kann oder will, ihre Zustimmung zu einem Prozessverlauf geben, in dem bevollmächtigte Personen gemeinsam mit Ärzten begrenzte Entscheidungskompetenzen übertragen erhalten (vgl. Seymour et al. 2004).

[596] Google-Treffer: überforderte Juristen – 55; überforderte Richter – 478; überforderte Ärzte – 1730; überforderte Lehrer – 22200!

Wer darf bestimmen, wer Ich bin und wer Ich (nicht) sein möchte?

Das Argument, das ritualisiert von Selbstbestimmungsgegnern gegen Vorausverfügungen gebracht wird, bezieht sich auf die Priorität gegenwärtiger ‚Interessenäußerungen' stark kognitiv geschädigter bzw. in ihrer Denk- und Handlungsfähigkeit stark beeinträchtigter Personen.

> „Es gibt moralphilosophisch keine überzeugenden Argumente, warum die Präferenzen aus früherer Zeit, zu der die Patienten kognitiv leistungsfähig waren, schwerer wiegen sollten, als Interessenäußerungen – und sei es nur vegetativer Art – zu einem späteren Zeitpunkt" (Sahm 2006, 126).

In dieser Behauptung wird unterstellt, dass es eine (für wen?) verbindliche Moralphilosophie gäbe, was nicht der Fall ist. Selbst wenn die Behauptung ‚wahr' wäre, wären weder Gesetzgeber noch einzelne Personen ‚gezwungen', daraus Verhaltenskonsequenzen zu ziehen. Solche pseudowissenschaftlichen Aussagen haben die Funktion der Stützung des medizinischen, juristischen und kirchlichen Paternalismus.

Selbst wenn es – selbstverständlich nur perspektivisch – ‚beweisbar' wäre, dass eine Person im Dauerkoma (PVS) oder im Zustand schwerer Demenz ‚weiterleben will' (vgl. Zieger 2007, 115), wäre dies kein Grund, eine mit einem entsprechenden Hinweis auf die persönliche ‚Personphilosophie' ausgestattete Patientenverfügung, die eine sofortige Beendigung des Lebens in einem solchen Zustand fordert, zu missachten.

> „Die ethisch plausibelste Lösung scheint darin zu liegen, dass der Patient selbst die Priorität vorgibt. Zur Autonomie einer Person gehören nämlich auch die Fähigkeit und die Verpflichtung, die Grenzen dieser Autonomie festzulegen. Manch einem selbstbestimmt lebenden, zukunftsorientierten und kognitiv ausgerichteten Menschen mögen die im Laufe seines Lebens gewonnenen Überzeugungen, Grundsätze und Werthaltungen wichtiger sein als die im Zustand einer Demenz noch vorhandenen physisch-emotionalen Interessen [Dworkin 1986]" (Jox 2006, 88[597]).

In biothanatologischen Schriften und Diskussionen wird häufig angenommen, dass eine ‚herrschaftsfreie Ethik' konstruierbar wäre, bzw. dass es ethische Regelungen geben könne, die nicht zu Herrschaftszwecken missbraucht werden (können). Faktisch ist ein schlichtes Herrschaftsproblem gegeben: entweder setzt sich die Person mit ihrer Weltsicht bzw. ihrer Verfügung, die sie im Vollbesitz ihrer kognitiven und sozialen Kompetenzen, verfasst hat, durch, oder andere, rechtliche, staatliche, medizinische etc. Instanzen fremdbestimmen die Person.[598]

Weitere Kostproben der pseudouniversalistischen geisteswissenschaftlichen, philosophischen oder theologischen Verdachtverkündigungen, Sprachspiele und Mystifikationen zu Freiheit, Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende:

> „Die Forderung nach Euthanasie ist Ausdruck einer Radikalisierung der Freiheit hin zu einer Autonomie-Vorstellung, die die letztlich immer bleibende Abhängigkeit vom anderen, der Natur, der Umwelt, den Mitmenschen aufheben möchte, um einer Vorstellung Platz zu geben, die das Leben nur sich selbst verdanken möchte." (Kick 2004, 41).

> „Die Assistenz bei der Selbsttötung befördert nämlich in jedem Fall eine Handlung, die philosophisch und ethisch gerade nicht mit der viel beschworenen Autonomie des Menschen legitimiert werden kann.[599] Die Autonomie als die Fähigkeit des Menschen, sich eigene Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, hat ihren – wie immer auch im Detail noch rätselhaften – Grund in der physischen Existenz der Person, sie ist Symptom und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution" (Bauer 2009, 560).

---

[597] Die Seitenangabe bezieht sich auf das Internetdokument: http://palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de/docs/jox/Jox_NW06.pdf

[598] Diese Art von Fremdbestimmung, die in fast allen demokratischen Rechtssystemen verankert ist, widerspricht inzwischen in der Mehrzahl der Fälle dem ‚Sittengesetz' des jeweiligen ‚Staatsvolkes', was selbstverständlich von den staatlichen ‚wissenschaftlichen' Legitimatoren geleugnet wird – und in der Regel auch nicht sozialwissenschaftlich untersucht werden darf.

[599] Eine charakteristische Aussage eines quasifundamentalistisch argumentierenden Experten. Eine Frage: Unter welchen Bedingungen ‚benötigen' Handlungen bzw. die Handelnden überhaupt eine philosophische und ethische Legitimation?

> „Das vermeintlich starke Argument der Autonomie führt in der Sterbehilfepraxis vielmehr zu einer Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte. Am Ende steht die Perversion der idealisierten ‚Freiheit zum Tod' in eine ‚Unfreiheit zum Leben'" (Oduncu/ Hohendorf 2011).

> „Wer sich prospektiv preisgibt und also Euthanasie befürwortet, wird auch andere dieser Logik aussetzen" (Schneider 2011, 222).

> „Tatsächlich ist Autonomie in einem emphatischen Sinn sofort vertan, sobald die Selbstpreisgabe institutionalisiert und als Fremdtötung geregelt ist" (ebd., 224).

> „Die Euthanasie profitiert von der Allgegenwart von Nützlichkeitserwägungen, dem neoliberalen Selbstverantwortungsdiskurs und der abstrakten Souveränität eines ‚Betriebsleiter-Ichs'" (ebd. 231).

Selbstbestimmung ist ein personaler Prozess, der in einer modernen Gesellschaft und durch moderne Verfassungen gerahmt, selektiv geschützt und partiell gefördert wird. Zur Selbstbestimmung gehört auch, dass Individuen Begriffe, Theorien, Modelle und Praktiken als Instrumente verwenden und dass ihnen dies gestattet wird, ja dass es als kreative Leistung angesehen wird. Wenn ein Individuum z.B. Leben und Sterben als parallele Prozesse konstruiert und seine Lebens- und Sterbequalität und damit auch seinen Sterbewunsch in bestimmter Weise festlegt, sollten eine solche Selbstbestimmung behindernde gesetzliche oder organisatorische Regelungen als defizitär und paternalistisch gekennzeichnet werden. In einer pluralistischen Gesellschaft ist es dem Individuum zu überlassen, ob es eine Entscheidung, die sich auf die Lebensverkürzung seiner ‚Restperson' bezieht, als antizipatorische Selbstachtung oder „antizipatorische Selbstverachtung" (Förstl/ Gutzmann 2009, 222) einordnet.

Auch bei einer von vielen Personen nicht gewünschten jedoch staatlich, medizinisch oder organisatorisch begünstigten und normalisierten Lebens- und Sterbeverlängerung sind Verfügungen betroffener Personen rechtlich so abzusichern, dass ihre Entscheidungen vor einem dramatischen psychischen Einbruch auch für das Handeln von Pflege- oder Autoritätspersonen gelten, die eine andere partikularistische Moral oder Ethik vertreten.

> „Verfügungen, die in einem kompetenten Zustand getroffen worden sind, können nicht durch Wünsche, die in einem die Fähigkeit zu Selbstbestimmung entbehrenden Zustand geäußert werden, wieder aufgehoben werden" (nach Dworkin, referiert von Beier 2009, 163).

Wenn der Gesetzgeber es für erforderlich hält, kann ja in einer Patientenverfügung ein Passus aufgenommen werden, in dem die Person erklärt, dass nur die reiflich überlegten und schriftlich festgehaltenen Entscheidungen der „Vorgängerpersönlichkeit"[600] und in keinem Fall die „mutmaßlichen Entscheidungen" der „Nachfolgepersönlichkeiten"[601] für Handlungen von Ärzten, Pflegepersonal oder anderen Personen Verbindlichkeit haben sollen.[602]
Es ist jedenfalls eine vom Niveau der Demokratisierung und Zivilisierung abhängige Herrschaftsfrage, ob Personen ein derartiges Selbstbestimmungsrecht durch eine Patientenverfügung zugebilligt wird, die durch Fremdurteile abgesegnete „mutmaßliche Entscheidungen" ihrer Restperson[603] nicht außer Kraft gesetzt werden kann.

[600] Hier könnte man gemessen an den Kriterien Vernunft und Humanität mit größerem Recht als bei Leiter/innen von Staaten und Organisationen von „Führerpersönlichkeit" sprechen.

[601] "Even though demented Margo depends on pre-demented Margo's body for her survival, she has no legitimate right to it" (Furberg 2012, 71).

[602] Konflikte werden auch durch die neue Gesetzeslage nicht vermieden: „Die Verfügung soll immer und in jeder Krankheitsphase verbindlich sein, wenn der Patient sich nicht anders äußert. Dabei soll aber auch ein „natürlicher Wille" als neue Äußerung gelten, etwa wenn ein demenzkranker Mensch nicht mehr sprechen kann, trotzdem aber Lebensfreude zeigt und so deutlich macht, dass er leben will."
http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37020/Patientenverfuegungsgesetz_Kritik_von_Kirchen_und_Hospiz-Stiftung.htm

[603] In den meisten Fällen wird außerdem in Krankenhäusern und Heimen die „mutmaßliche Entscheidung" der betroffenen Person überhaupt nicht berücksichtigt, sondern es wird gemäß den Interessen der Organisation, der Ärzte, des Pflegepersonals und durchsetzungsfähiger Bezugspersonen gehandelt.

Rekollektivierung und moderne Opfermythen

Konformismus, Opportunismus und Normalismus (Link 2006) galten immer schon als wichtige Kulturprodukte und werden auch in modernen Gesellschaften in vielfältiger Weise hergestellt: in der Primärsozialisation, in der Schule durch eine mündigkeitsfeindliche und wissenschaftlich rückständige Organisation und modernen Untertanengeist herstellende Bürokratie, durch Demokratisierung und politische Entfaltung behindernde politische, ökonomische und rechtliche Strukturen, durch die Mainstream-Massenmedien, durch Werbung und immer umfassender und perfekter werdende instrumentalisierende Maßnahmen zur Konsumentenproduktion.
Durch den Aufbau und die Erhaltung psycho-sozialer Schwächezustände, Sozialängste, Schwarmideologien und Reflexionsinkompetenz können Menschen leichter manipuliert und auf pluralisierte ‚rechte Schnellstraßen' geführt werden.
Im Kontext dieser herrschaftsgesteuerten Ich- und Personentwicklung wird in einer modernen Gesellschaft Privatisierung, Individualisierung und Selbstbestimmung feld- und klassenspezifisch hergestellt. Eine dadurch gut vorbereitete Rekollektivierung wird durch die Medikalisierung in der letzten Lebensphase verstärkt.

These 22c: Das derzeitige medizinische Sterbesystem dient der Beschneidung und Instrumentalisierung von Selbstbestimmung[604] (vgl. Drought/ Koenig 2002; Moorman 2011). Dies hat sich bisher auch durch den Ausbau der Palliativmedizin nicht geändert.[605]

> „the more finely tuned approach of subtle instrumentalism, which retains the fundamental perspective of people as means to ends, but recognizes that moulding, manoeuvring, assessing them acquires a great deal more sensitivity to their emotions and motivations" (Woods 2009, 124).

Konservative Experten versuchen ihre partikularen Rahmensetzungen für die Personentwicklung als universal zu verkaufen und bestücken auch die wissenschaftlichen Diskurse um Sterben und Töten mit gegen Autonomie, Selbststeuerung und Ichstärke gerichteten Stellungnahmen. Ein Beispiel:
Klie (2007) geht von einer stark dementen Person aus, die früher eine Patientenverfügung verfasste, in der sie eindeutig mitteilte, dass sie in einem solchen Zustand nicht leben möchte. Er unterscheidet nun zwischen dem „vergangenen Selbst" und dem „aktuellen Selbst" und fragt rhetorisch: „Wem fühlen wir uns verpflichtet?" Klie, ein Wir-Sprecher, meint, dass der „Konflikt" und das „Dilemma" nicht verbindlich gelöst, sondern nur „ausgehalten" werden können. Doch unter welchen Bedingungen und mit welchen Hintergrundsannahmen bestückt handelt es sich um einen „Konflikt" oder ein „Dilemma"? Man kann zwar den Suizid nicht mehr strafrechtlich verfolgen[606], doch die Mündigkeit des Bürgers zu beschneiden, gelingt noch immer. Zweifellos sollen Menschen aufgeklärt werden und kontroverse Positionen kennen lernen, doch wenn jemand als nicht demente Person eine Entscheidung trifft, als schwer demente Person nicht weiterleben zu wollen und die rechtlichen, politischen, medizinischen und sonstigen Entscheider ihm dies verweigern, dann handelt es sich nicht um ein ‚auszuhaltendes Dilemma' sondern um eine gewaltsame Durchsetzung einer macht- und expertengestützten Weltsicht, um Zwangskollektivierung.

Traditionell wird in der westlichen Kultur „unsere Moral" oder das „Sittengesetz" als diffuser Mythos von konservativen Gruppen eingesetzt, um Privilegierungen und Diskriminierungen zu stützen. Dies findet man auch bei Klie (ebd., 37). Pikant ist an seiner Argumentation, dass

[604] Eine ‘neutrale’ oder ‘objektive’ Prüfung der These ist kaum möglich, da die zentralen Begriffe *Sterben* und *Selbstbestimmung* – wie ausgeführt – nicht ‘neutral’ oder ‘objektiv’ operationalisiert werden können.
[605] “Yet, despite its origins as ‘a small rebellion against the way dying people were cared for’, palliative care continues to exhibit many of the paternalistic practices of mainstream health care that its forebears were resisting” (Rosenberg 2011, 16).
[606] Bezugspersonen von Suizidenten werden allerdings manchmal oder oft (?) von Kontrollinstanzen wie Straftäter oder Schuldige behandelt.

sie explizit im Interesse von Unterprivilegierten geäußert wird und gegen „die Starken“ gerichtet ist, doch heimlich privilegierten Gruppen dient, die eine Machtbeschneidung befürchten.

Auch der „ökonomische Teufel“, der häufig von Lebensschützern hervorgezogen wird, wendet sich gegen die Beschwörenden. Die These von Klie lautet: eine die Selbstbestimmung der Menschen stärkende *Patientenverfügung* wird zu ökonomischen und anderen instrumentalisierenden Zwecken von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeheimen missbraucht werden. Doch dies ist eine spekulative Annahme, während die Gegenthese empirisch belegt ist: Die durch ein mangelhaftes Recht, rückständige Schulbildung und mächtige Organisationen unmündig gehaltenen Menschen sind der Ausbeutung durch die politisch und wirtschaftlich privilegierten Geschäftemacher im Gesundheitssystem und in anderen Subsystemen ausgeliefert und Patientenverfügungen können ein wenig die ökonomische und soziale Macht der Patienten und Sterbenden stärken.[607]

Das Selbst- und PR-Bild der Lebensschützer, Abendlandverteidiger und Tötungsmythologen sollte durch eine sozialwissenschaftliche Fremdbeobachtung ergänzt werden. Lebensschützer sehen sich selbst häufig als edle Ritter der reinen Ethik und der Hochmoral, die gegen ökonomische, utilitaristische und andere dunkle Mächte ankämpfen. Tatsächlich agieren sie im Interesse und mit Unterstützung politischer, ökonomischer und kirchlicher FührerInnen, deren Aktivitäten hauptsächlich der Kapitalakkumulation und Herrschaftssicherung dienen.

So weist auch die Forderung von Hochwertträgern, eine *gewerbsmäßig* ausgerichtete Suizidbeihilfe strafrechtlich zu verbieten, bei gleichzeitiger ‚Liberalität’ gegenüber der ökonomisch durchaus gewichtigen Instrumentalisierung von Schwerstkranken und Sterbenden in Krankenhäusern und Heimen auf Doppelmoral, Paternalismus und Privilegienabsicherung hin.

Zuletzt wagt Klie noch eine aufrüttelnde Aussage: „das Leitbild der Selbstbestimmung ist das Leitbild der Starken“ (ebd., 40)[608]. So unrecht hat er nicht. Auch in einer modernen Demokratie können „die Starken“ durchsetzen, dass möglichst viele schwach und unmündig bleiben. Doch die Personen, die ihre Lebens- und Sterbegestaltung gegen Widerstände der Starken (ökonomische Fürsten, Politiker, Bischöfe, Chefärzte, leitende Juristen etc.) selbst bestimmen wollen, gehören in Relation betrachtet zu den Schwachen. Die Starken wollen für sich Selbstbestimmung und für die Schwachen Fremdbestimmung durch die Starken. Wenn man tatsächlich die Schwachen nachhaltig stärken möchte, dann muss man für eine tiefgehende Veränderung der Politik eintreten, für Demokratisierung, für Umverteilung und Ungleichheitsverminderung in verschiedenen Teilsystemen (Bildung, Sozial- und Kommunalpolitik etc.), Erhöhung der Vermögens- und Erbschaftssteuern[609] usw. – der Ausbau von Palliativdiensten und der Kampf um das ‚gute Sterben’ sind in diesem Großprojekt nachrangige Aspekte.

Spekulationen zu modernen Opfermythen

Wie schon beim Umgang mit Patienten im Wach- oder Dauerkoma kurz besprochen, kann nicht nur bei konservativen Lebensschützern und Sterbedogmatikern, sondern auch bei bedeutsamen Kulturvertretern ein implizites bzw. latentes Opfermodell[610] rekonstruiert werden.

---

[607] Dies trifft freilich nur zu, wenn auch eine Infrastruktur für die Wirkung von Patientenverfügung geschaffen wird. Dies wurde bisher vom medizinischen und pflegerischen System noch weitgehend verhindert (vgl. Timmermans 1998).

[608] Ähnliche Argumente gibt es aus einer Genderperspektive (Wolf 1996).

[609] Die DFG oder andere große Forschungsmittelverteiler würden selbstverständlich kein Großprojekt fördern, dass den Einfluss bestimmter Formen der Vermögens- und Erbschaftssteuer und die daraus ermöglichte Umverteilung auf die Lebensqualität und die durchschnittliche Lebensdauer verschiedener Bevölkerungsgruppen untersucht.

[610] Opfer ist im Rahmen von religiösem Handeln eine Gabe für ein transzendentes Wesen, in einem modernen Kontext ist es ein subjektiv bedeutsamer Verzicht zu Gunsten eines hochwertigen Zieles, oder auch eine Passage, die durch Leid, Schmerz und Tod hindurchgeht, und zu einem (transzendenten) Ziel führt (Keenan 2005, 2). In dem hier angebotenen Argumentationszusammenhang ist eine solche Passage für Sterbende in Organisationen kulturell vorgeschrieben, wobei das ‚transzendente Ziel’ teilweise unbestimmt bleibt.

‚Die Menschen' – faktisch handelt es sich um eine interessengesteuerte Auswahl – sollen sich „freiwillig" oder besser „naturwillig" im Dienste von Institutionen (Staat, Religion etc.), Kollektiven und des medizinisch-pflegerisch-ökonomischen Systems opfern.[611] Man kann auch sagen: das professionell präparierte Selbst (Dominanz der Patientenrolle) wird von den Opferpriestern sozial integrativ genötigt, sich auf dem Altar des fremdbestimmt manipulierten Körpers zu opfern bzw. zu ‚entäußern' (vgl. Kaufmann 1995).[612] Der sterbende Körper wird technisch-ökonomisch naturalisiert und sakralisiert[613]. Die Opferrituale in Krankenhäusern, Heimen und Hospizen werden von säkularen Priestern und Priesterinnen durchgeführt[614]. Auch wenn bei diesen Ritualen Menschen elend krepieren, geschieht dies im Dienste der Chimäre des diesseitigen ‚heiligen' Kollektivs. Sie bringen meist schon in verdinglichtem Zustand ihr Opfer, damit es nicht zum geweissagten „Dammbruch" kommt[615]. Den ordnungsgemäß, d.h. möglichst hohe Gewinne für die zuständigen Institutionen und Organisationen verursachenden, Geopferten wird kostenneutral Ehre und Würde zugesprochen, während dafür gesorgt wird, dass diejenigen, die sich dem Kult und der Ausbeutung verweigern, z.B. Suizid[616] begehen, als krank und desintegriert stigmatisiert werden[617] und sich und ihre Bezugspersonen ins Versagen reißen; die moderne expertengestützte pseudonaturwissenschaftliche und realwirtschaftliche Version von: eine üble Nachrede und ein schimpfliches Begräbnis erhalten. Auch von den Bezugspersonen der Sterbenden und schwer Dementen werden Opfer verlangt, die Solidarität zwischen Personen, die ihre Persönlichkeit erhalten wollen, und Bezugspersonen, die zum Opfer der Pflege nicht bereit sind, soll mit allen Mitteln gebrochen werden. Die ‚wissenschaftlich' legitimierten Opferpriester der Pflegewissenschaft, der Philosophie, Theologie und Medizin errichten die symbolischen Scheiterhaufen oder moderner: ‚schwarzen Löcher' für die Ketzer. Es handelt sich um *symbolische Gewalt* (Bourdieu 2005, 202), da die Geopferten dazu verführt werden, die mehrdimensionale und in ihren Wirkungen nicht vorhersehbare Gewalt durch die legitimierten Herrschenden und die damit verbundene ideologische Kalkulation, d.h. Gewinn von qualitätsbefreiter Lebenszeit und Anerkennung durch religiöse und quasireligiöse Institutionen, zu akzeptieren.

Opferrituale waren in allen Hochkulturen verbreitet. In der europäischen Kultur des 19. und 20. Jahrhunderts erfolgte die Opferung vor allem durch Kriege (Tod für das Vaterland) und durch Untermenschen (Proletariat, Kolonialvölker) verbrauchende Arbeit für Hochmenschen. Als der Krieg aus der westlichen Welt in die Peripherien gedrängt wurde, entstand ein Opfervakuum. Das moderne Sterben in Organisationen konnte diese Lücke füllen und es kam zu einem Kampf um die richtigen Opferrituale und um die Positionierung der Opferpriester. In modernen Wachstumsgesellschaften werden quantitativ bedeutsame Opfer erwartet: Die ständigen Hinweise auf die Millionen von Dementen[618], die in Zukunft in Erscheinung treten werden – die apokalyptische Heilshoffnung der großen Opferung. Deshalb werden von Professionellen ständig Treibjagden veranstaltet, in denen die zu Opfernden eingefangen werden: religiöse und anderweitige Indoktrination, Therapie, Medienberichte, Paradiesversprechen (Hos-

---

[611] „Das Sterben im Krankenhaus oder Heim kann als ein gesellschaftliches ‚Opfer' gedeutet werden, so wie sich früher junge Männer für das Vaterland im Krieg geopfert haben, und als eine Rückführung ins Kollektiv nach einer ausschweifenden Individualisierung in der Konsumgesellschaft" (Feldmann 2010d, 141).

[612] Gemäß der Opfersemantik von Münkler und Fischer (2000) ist das Opfer idealtypisch aktiv („gutes Sterben"), doch faktisch kann es ins Passive gleiten, es handelt sich um ein prekäres Opfer- und Übergangsritual.

[613] Naturalisierung ist säkularisierte Sakralisierung.

[614] Gehlen (1983) meinte, Menschen werden von Institutionen „verbrannt" und konsumiert.

[615] Die Dammbruchangst ist einerseits in der starken Gewalt- und Tötungsabwehr in modernen Gesellschaften begründet, andererseits in der zivilisatorischen Affekthemmung und –steuerung, die angesichts des Sterbens gefährdet erscheint.

[616] Morselli, Durkheim und andere Autoren des 19. Jahrhunderts haben den Suizid als „Opfer" in einem anderen Sinn verstanden: „Suicide ist a human sacrifice to civilization, and suicide victims are the tribute of humanity to the growth of mental culture" (Bayatrizi 2008, 119).

[617] Sie werden szientistisch degradiert: Freiheit, Ehre, Stolz und Würde werden ihnen aberkannt – alte symbolische Vernichtungsrituale in modernem Gewand.

[618] Dass die Demente pflegenden Bezugspersonen Opfer bringen, wird thematisiert, nicht jedoch, dass die in die Demenz gehende Person ein Opfer bringen könnte.

piz, palliative care, Spiritualität). Die *Selbstopferung* bzw. Kollektivopferverweigerung durch Suizid und andere Formen des selbstbestimmten Sterbens werden von den Opferpriestern vehement bekämpft, da sie geschäftsstörend wirken. Der Suizident wird zum Extremkranken, zum Entmenschten, zum Gemeinschaftsschädling und zum *verlorenen Sohn* gemacht. Angemerkt sei noch: Die Opferpriester ‚bringen keine Opfer', im Gegenteil vermehren sie ihr ökonomisches und soziales Kapital und das ihrer Auftraggeber, die pflegenden Bezugspersonen der auserkorenen Opfer bringen dagegen schwere Opfer, sind also zusätzliche Menschenopfer auf dem säkularen oder quasireligiösen Altar. Der sich selbst opfernde Suizident öffnet Räume der kognitiven und sozialen Dissonanz gegenüber diesen kollektivistisch individualisierten Menschenopfern.

These 22d: *Am Ende des Lebens erfolgt in Krankenhäusern und Pflegeheimen die Rekollektivierung[619] (über professionalisierte Fremdsteuerung) der partiell individualisierten und selbstkontrollierten Menschen, die bei gelingender Intervention zur konformen Selbstbestimmung führt.*
Untersuchungen mit einer solchen Hypothese würden kaum finanziert werden. Folglich gibt es auch kaum einschlägige Forschung in diesem Bereich (vgl. Salis Gross 2001; Terry et al. 2006; Kentish-Barnes 2007).

Die Rekollektivierung[620] und Deindividualisierung[621] in ‚totalen Institutionen', vor allem in Pflegeheimen, wird von vielen Menschen als unerwünscht angesehen und möglichst vermieden. Dieses Misstrauen vieler Menschen wird auch durch die imponierende Propaganda für das gute Sterben durch Hospize und Palliativdienste nicht geschmälert. Diese Propaganda wird von herrschenden Akteuren gestützt, weil so der Eindruck erweckt werden kann, als würde am Ende des Lebens die soziale Ungleichheit und Ungerechtigkeit verschwinden[622], als würde nun allen Menschen gleichermaßen der „gute Tod" beschert, ohne dass auf die Kosten geachtet wird. Diese säkulare Heilserwartung erfordert höheren finanziellen Aufwand als die sakrale jenseitige der guten alten Zeiten und sie ist auch eher falsifizierbar und enttäuschbar. Doch welche Alternativen haben die FührerInnen angesichts der zunehmenden Säkularisierung und Bildung? Entgegen den ständigen Versicherungen gelehrter und ungelehrter Wortführer erfolgt allerdings die Erfüllung der Heilserwartung im Großen und Ganzen hierarchisch und herrschaftskonform: die Privilegierten erhalten erstklassige Pflege, die Unterprivilegierten erfahren häufig entwürdigende Kollektivierung und Depersonalisierung.

Warum klappt die Rekollektivierung und Unterwerfung beim geleiteten Sterben so gut? Eine medial geschickt aufbereitete Sterbeidylle in einer rigidisierten Rechts- und Medizinlandschaft hat sich bisher als erfolgreich erwiesen. Die Hospiz- und Palliativideologie (vgl. Castra 2003; Clavandier 2009, 174 ff) schließt konformistisch und reflexionslos an die gesellschaftlichen ‚Werte' der Kapitalakkumulation, des Wachstums und der modischen Stilisierung des privilegierten Individuums an. Eine schwerkranke, lebensmüde oder sterbende Person, die frühzeitig sterben will, verneint diese zentralen Werte, wird zwangsvergemeinschaftet oder – wenn sie durchsetzungsfähig ist - entgemeinschaftet. Einer Person, die sich der Palliativmedizin hingibt, wird versprochen, dass sie das „gute Sterben" erhalten[623] wird, doch die meisten ahnen, dass es faktisch nur eine Minderheit in der von den Klienten erwünschten Form erfahren wird (vgl.

[619] Die erste Kollektivierung erfolgt am Anfang des Lebens.
[620] „collective, medicalised dying" (Lawton 2000, 121).
[621] "In the making of institutional bodies, and as a consequence of it, the self is silenced" (Wiersma/ Dupuis 2010, 290).
[622] Kessler et al. (2005) konnten für Großbritannien nachweisen, dass die unteren Schichten eine signifikant schlechtere Versorgung in der terminalen Phase, z.B. geringere Palliativdienstleistungen, erhalten als die oberen Schichten.
[623] „Le souci croissant d'apaiser toute forme de douleur, la sensibilité nouvelle pour les dégradations du corps qu'on cherche à pallier et à dissimuler, participent de la construction d'une mort convenable, présentable, caractéristique du ‚bien mourir' contemporain. En masquant les effets de la mort, il s'agit de montrer qu'elle n'introduit pas de désordre dans la vie, qu'elle est un phénomène 'naturel'" (Castra 2003, 348).

Lewis et al. 2011)[624]. Doch wozu Widerstand leisten, wenn insgeheim die Hoffnung auf der Hinterseite des Januskopfes besteht, dem unerfreulichen Sterben durch einen schnellen Tod mehr oder minder zu entwischen?[625] Wenn dann der Wunsch des Widerstandes durch die Quälerei des Medizinvollzugs gewachsen ist, ist es in der Regel zu spät: die zum Dauerpatienten oder Heiminsassen geschrumpfte Persönlichkeit zappelt im Netz des medizinisch-pflegerischen Systems – und eines versklavten psychischen Systems[626]. Sehr wenige schaffen gerade noch einen dilettantischen Suizidversuch.
Ein weiterer Konformismusgenerator liegt in der mit großem Aufwand betriebenen ‚doxischen', für manche auch toxischen, ‚Selbstverständlichkeit' des vorgeschriebenen und durch Kampagnen schmackhaft gemachten Ganges in die Demenz.

Die Hilflosigkeit und Unterwerfungsbereitschaft fast aller Schwerkranken und Sterbenden ist weiter nicht verwunderlich, da die meisten Menschen schon in ihrer Jugend unterworfen und gedemütigt worden sind[627]. Dafür haben die Bildungs- und Arbeitsorganisationen im Zusammenspiel mit politischen, ökonomischen und (quasi)religiösen Ideologien und Praktiken gesorgt. In diesem Kontext haben die düsteren Hinweise von einigen Psychiatern, Lebensschützern und Theologen bezüglich der exzessiven Selbstbestimmung und narzisstischen Individualisierung ihren sozialen Ort: Da tatsächlich nur eine Minderheit der Personen, die mit einem Unterwerfungshabitus ausgestattet wurden, eine qualitativ hochwertige Selbstbestimmung erreicht, werden diese seltenen Exemplare von den Konformisten als abweichend erlebt und ihre expertokratische Stigmatisierung und Pathologisierung kann kostengünstig durchgeführt werden – für die herrschenden Strukturen sind sie allerdings mit und ohne Stigmatisierung ungefährlich.

Gemeinschaft und Organisation

Mehrfach wurde in diesem Text schon auf die in den Diskurskämpfen verwendete Gegenüberstellung Individuum vs. Gemeinschaft Bezug genommen, wobei Gemeinschaft häufig idealisiert und manchmal sogar sakralisiert wurde.

Staatliche und religiöse Organisationen, die bedeutsame Profite aus Zwangsvergemeinschaftung[628] ziehen, verfügen über Deutungsmuster und Praktiken zur Rechtfertigung und Idealisierung diverser inzwischen prekär gewordenen Kollektivismen. Wissenschaftsbereiche, wie Theologie, Philosophie, Medizin, Rechts-, Erziehungs-, Gesundheits- und Pflegewissenschaft, sind in dieses Legitimationsgeschäft eingebunden. Diese Institutionen halten wichtige Begriffsfelder und Konstrukte besetzt: Mensch, Gemeinschaft[629], Leben, Tod, Würde, Moral etc. Doch trotz der materiell und ‚geistig' ausgeübten Herrschaft wird es schwieriger, die Konflikte zwischen den Führungen und ihren Experten einerseits und der vielfältig sich dynamisierenden Pluralität der Menschen andererseits herrschaftsstützend zu regeln.

In der modernen Gesellschaft sind Gemeinschaft und Organisation unlösbar mit einander verbunden. Ein Mensch wird von der Geburt bis zum Tod und darüber hinaus durch Organisatio-

624 . Vgl. Frank, J. 2015. Das "schöne Sterben" ist eine Illusion. http://www.fr-online.de/politik/sterbehilfe-das--schoene-sterben--ist-eine-illusion,1472596,32345098.html
625 Viele Menschen verhalten sich hierbei so wie beim Lotteriespiel.
626 Die Systemprofiteure ethisieren die Fremdversklavung.
627 Selbstverständlich wird erwartet, dass sie dies sich selbst und anderen nicht gestehen. Dafür steht eine gigantische Selbst- und Fremdbehandlungsökonomie zur Verfügung.
628 Zwangsvergemeinschaftung trifft vor allem Kinder, Gefängnis- und Pflegeheiminsassen und andere machtarme Personen und Gruppen.
629 Beispiel für den ideologischen Gebrauch von Gemeinschaft: Auch in Fachschriften wird ohne ausreichende theoretische und empirische Begründung häufig vermittelt, dass Suizidhandlungen gegen die Gemeinschaft gerichtet und Akzeptanz von Medikalisierung und Entmündigung gemeinschaftsförderlich sind.

nen betreut und überwacht. Seit Beginn des 19. Jahrhunderts wird diagnostiziert und teilweise beklagt, dass die traditionellen Gemeinschaftsformen aufgrund des Vordringens von ‚kalte Rationalität' verbreitenden Organisationen in Europa verkümmern. „Die Diagnosen sind nur teilweise richtig. Privatisierung und damit verbunden selbst bestimmte Vergemeinschaftung haben in der modernen Gesellschaft ihren bisherigen kulturellen Höhepunkt erreicht und anstelle der traditionellen treten neue der modernen Gesellschaft angepasste Formen des Lebens und Sterbens auf, deren Entwicklung freilich durch Bürokratien und Defizite der Institutionen behindert wird" (Feldmann 2012d).

Ideen für mögliche Innovationen ergeben sich, wenn man *communities of identity*, *communities of practice* (Wenger/ McDermott/ Snyder 2002), aktivitätstheoretische Ansätze (Engeström 2008) und die Ausweitung des Gemeinschaftsbegriffs durch „nicht-humane Komponenten" (Braidotti 2009, 132; Latour) in die Überlegungen einbezieht (vgl. Rose 1999, 167 ff; Hughes/ Jewson/ Unwin 2007). Durch moderne Technologien und die Globalisierung entstehen neue Formen der Vergemeinschaftung, welche die traditionellen face-to-face-Formen ergänzen. So können Segmentierungen nach Geschlecht, Alter, sozialer Schicht, Ethnie, Bildung und anderen Rahmen- und Grenzsetzungen und einengende Bindungen partiell überwunden bzw. flexibilisiert werden.

Diagnosen des Verfalls von Gemeinschaft und des Verlustes von sozialem Kapital in der modernen Gesellschaft wurden in den vergangenen Jahrzehnten von verschiedenen Wissenschaftlern gestellt (vgl. Putnam 2001; Gertenbach et al. 2010, 54 ff).

Ist es ein unnötiger oder zu Recht aufrüttelnder Warnruf: „die bedrohte europäische Vielfalt gegen ihre Egalisierung zu schützen – auch am Lebensende" (Gronemeyer/ Heller 2008, 124)? Gronemeyer (2007b) beklagt in der Nachfolge von Ivan Illich die Zunahme der Rationalisierung, Planung, Professionalisierung und „Industrialisierung" des Sterbens. Palliative Care und aktive Sterbehilfe sind nach Gronemeyer trotz des offiziellen harten Gegensatzes „zwei Seiten einer Medaille" (ebd., 56)[630] – der Sterbeplanung. Allerdings ist an dieser Parallelisierung von Palliative Care und right-to-die Gruppen zu kritisieren, dass zwar beide sich mit Normierungen des Sterbens beschäftigen, doch die erstgenannten für rigide Ge- und Verbote, die gegen die Interessen vieler Menschen gerichtet sind, und die zweiten für Liberalisierung und Selbstbestimmung eintreten. Gronemeyer weist mit dieser der political correctness widersprechenden Verbindung von Palliative Care und Euthanasie[631] allerdings implizit auf einen wichtigen Aspekt: Der an das Inklusions- und Exklusionsspiel gebundene Hospiz- und Palliativmythos in seiner derzeitigen Form benötigt die seit Jahrzehnten sorgfältig modellierte Gestalt der aktiven Sterbehilfe, die Welt des *schlechten Sterbens*, als Grenze. Die Anhänger dieses Mythos fordern den Ausbau von Palliativstationen und -diensten, in denen die Rituale des *guten Sterbens* durchgeführt werden.[632] Sollten dieser Mythos und die angelagerten Rituale von kapitalstarken Gruppen der Gesellschaft *entlarvt* oder schlicht abgewählt werden, steht er unter Zwängen des Wandels.

Noch eine weitere gesellschaftliche Verbindung besteht zwischen Hospiz, right-to-die-Bewegungen und Palliativmedizin. Alle diese Formen des Aufbegehrens gegen die Ver- und Entsorgung der Sterbenden in Krankenhäusern und Heimen und auch in verwahrlosten Privatstätten haben sich in einer gesellschaftlichen Lage des Aufbruchs nach dem Zweiten Weltkrieg

[630] Eine Gemeinsamkeit hat Gronemeyer sicher nicht im Blick, nämlich dass beide scheinbar unverträglichen Umgangsweisen mit Sterben der Palliation dienen: „My second major finding exposes an interesting irony, that euthanasia talk in many ways serves a palliative function, prolonging life and staving off social death by providing paticipants with a venue for processing meaning, giving voice to suffering, and reaffirming social bonds and self-identy at the end of Dutch life" (Norwood 2009, 21).

[631] Die Distanz und Trennung einerseits und die Verbindung und Vernetzung andererseits zwischen palliative care und Euthanasie muss in nationalen Kontexten empirisch erfasst werden: „in Belgium palliative care and regulated euthanasia are not antagonistic but complementary and synergistic" (Bernheim/ Mullie 2010, 798).

[632] Hier wird nicht die Ritualisierung angegriffen, sondern es wird ein Markt für gutes Sterben favorisiert, auf dem die Palliativfraktion mit anderen Anbietern konkurriert.

entwickelt: Frieden, Ökonomisierung, verbesserte Bildung, Steigerung der Ansprüche, Professionalisierung.

Die gesellschaftlichen Spannungsverhältnisse sind folglich auch in den Hospiz- und right-to-die-Bewegungen festzustellen, z.B. zwischen Vergemeinschaftung und rationaler, ökonomisch gestalteter Organisation mit Funktionären und Sprechern. Leider findet zu wenig brauchbare Forschung über die Wirkungen von Hospizen und palliative care im Vergleich zu anderen Sterbeweisen in Deutschland und Österreich statt, so dass die idealisierenden öffentlichen Mitteilungen zumindest teilweise unkritische Verherrlichungen von Hospiz- und Pallitativgruppen sein können[633]. Man sollte nie vergessen, dass Kollektive immer mit anderen Kollektiven explizit und implizit um Ressourcen kämpfen, dass ihre Mitglieder, in der Regel ohne kritische Reflexion, sowohl Bewusstseinserweiterungen als auch –einengungen erfahren usw.

Vergemeinschaftung, z.B. in Hospizgruppen, ist notwendigerweise mit Inklusion und Ausgrenzung verbunden (vgl. Gertenbach et al. 2010, 66 ff). Exklusion aus Gemeinschaft findet vielfältig statt, doch zwei für moderne Gesellschaften charakteristische soziales und psychisches Sterben begünstigende Formen seien genannt:

1. Schrumpfung der Familie bzw. Primärgruppe, die aufgrund der Lebensverlängerung vor allem der Frauen häufiger als früher in einem Ein-Personen-Haushalt endet. Diese schleichende Exklusion wird u.a. aufgrund von Mängeln der Bildungs-, Produktions- und Gesundheitsorganisationen und -politiken unzureichend durch alternative Gemeinschaftsbildung kompensiert. Auch die bisherigen Formen der Hospiz- und Palliativinstitutionalisierung sind kaum zur Problemlösung geeignet.
2. Ausgrenzung aus dem Produktionssektor (Arbeitslosigkeit, Pensionierung etc.) aufgrund rigider, privilegierender und Ungleichheit fördernder Wirtschafts-, Kapital- und Staatsstrukturen. Medikalisierung begünstigt diese Formen der Ausgrenzung.

Somit nimmt der Anteil von ‚unproduktiven' und ‚leistungsschwachen' Menschen zu, die dann ‚sozial und psychisch schrumpfen', in eine zu eingeschnürte Privatsphäre oder in (re)kollektivierende Organisationen eingeschleust werden. Die Mitglieder dieser insgesamt wachsenden sozialen Gruppen pendeln zwischen Gemeinschaft Marke ‚Kultur der Armut' und Organisation Marke ‚bürokratisierte Notversorgung': Wohnung – dirty work – Wohnung – Krankenhaus – Wohnung – Krankenhaus – Rehabilitation – Wohnung – Heim – dirty dying.
Für Minderheiten und für spezifische (privilegierte) Zielgruppen ist es gelungen, Organisationen gemeinschafts- und familienähnlich zu gestalten[634], teilweise in Hospizen, die allerdings nur für einen kleinen Teil der Menschen, die sich in der letzten Phase des physischen Sterbens befinden, Angebote bereithalten. Hayek (2006, 246) spricht vom *hybridem Sterberaum*, „in dem sich die professionelle Unterstützungsleistung mit dem institutionellen Bereich der ‚modernen Familie' verbindet." Doch nach wie vor gilt die relativ gut bestätigte Hypothese: Moderne Organisationen helfen zwar bei der Vergemeinschaftung, doch sie wirken auch gemeinschaftszerstörend, so dass es für betroffene Personen zu gravierenden Lebenseinschränkungen und Lebensqualitätsverlusten kommt.

Kellehear (2005, 2012) hält die Hospiz- und Palliativdiskurse für zu eng und zu wenig flexibel[635] und sieht die Zukunft in „compassionate cities", vieldimensionalen Modellen der Gemeinschaftsentwicklung und der Verbesserung der Teilhabechancen. „There is a need to rein-

---

[633] These: Palliativmedizin wie auch andere medizinische, religiöse, politische und kulturelle Dienste erfüllen Funktionen der In- und Exklusion und der Eroberung (Besetzung von sozialen Räumen, Produktion und Vertrieb von Theorien, Tatsachen und Praktiken).

[634] Man sollte auch diese grundsätzlich begrüßenswerten Ansätze kritisch betrachten: z.B. fundamentalistische, herrschaftsstabilisierende oder mafiöse Gruppen.

[635] Diese Enge und Restriktion der Hospiz- und Palliativdiskurse zeigt sich auch, wenn man die reichhaltigen niederländischen ‚Euthanasiediskurse' betrachtet (Norwood 2009).

vent a *community* response to the diverse cultural experiences of death and loss as these are lived out in the daily experiences of individuals.” (Kellehear 2007b, 72)

Kellehear (2005, 52) schlägt eine Ausweitung der Palliativ-Care-Perspektive zu einer offenen Public-Health-Konzeption vor. Damit wendet er sich gegen die Medikalisierung, gegen die Rollenverengung des (sterbenden) Bürgers zum Kranken und gegen einen Gesundheitsdienst, der auf einem Mangelzustand im Bereich der sozialen Kapitalbildung aufruht und ihn stärkt.

Patient	Bürger
Gesundheitsdienst	Soziales Kapital
Familie	(neue) Gemeinschaftsformen
Berufliche Kompetenz	Gemeinschaftskompetenz
Krankheitsorientierung (Krebs etc)	Lebens- und Sterbeorientierung

Abb. 13a: Enge und weite Public-Health-Konzeptionen (nach Kellehear 2005, modifiziert)

„Am Beispiel des Umgangs mit dementen Menschen zeigt Kellehear (2009), dass Medikalisierung und eine enge Pallitiativkonzeption nicht ausreichen, sondern ein Wandel in der community und ökologische Experimente geplant und erprobt werden sollten, wofür es auch gute Ansätze gibt (vgl. auch Dörner 2007)“ (Feldmann 2012d). Versuche, neue Gemeinschaftsformen und Vernetzungen zu fördern, sind zu begrüßen, doch sie sollten mit politischen Zielen verbunden sein: Verringerung sozialer Ungleichheit, Demokratisierung, Stärkung der Selbstbestimmung, Sozialkompetenzförderung, soziale und ökologische Nachhaltigkeit, allmähliches Einbeziehen der Millionen Menschen, die im Elend leben und sterben.

These 23a: Es ist grundsätzlich sinnvoller, den Schwerpunkt einer Reform der Vergemeinschaftung[636] auf den Anfang des Lebens und nicht auf das Ende zu legen.

Zuletzt sei noch eine ‚utopische‘ Konzeption kurz beleuchtet.

> „Eine postanthropozentrische Herangehensweise an die Analyse des ‚Lebens selbst’ stellt einen Weg dar, die Bedeutung des Wortes Gemeinschaft zu erweitern, indem sie dessen nichthumane Komponenten anerkennt“ (Braidotti 2009, 132).

Die Konzeption ist nur scheinbar utopisch, da reale Gemeinschaften immer schon ‚postanthropozentrisch’ und hybrid in dem Sinne der Verbindung von Menschen, nichtmenschlichen Lebewesen, Dingen, Territorien, Kulturgegenständen und symbolischen Welten waren. So können auch die Aufgaben einer globalen Kultivierung an alte Lebensformen anschließen: Postanthropozentrismus, Posteurozentrismus, Postchristozentrismus, Postnationalismus, Postkapitalismus, Postbürokratismus etc.

Die Argumentation ist in diesem Kapitel schon weit gediehen und könnte nun direkt zu einem Diskurs über Kultivierung des Sterbens führen. Doch die rechtlich und medizinisch gerahmten sozialen Probleme bedürfen vorher einer eigenen Behandlung: aktive Sterbehilfe und Suizid. Denn nur durch eine detaillierte Betrachtung dieser kritischen Bereiche kann erkannt werden, wo Hindernisse und Chancen für eine Kultivierung bestehen.

Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen

> „Der Oberste Gerichtshof in London hatte entschieden, dass Nicklinson sich nicht beim Sterben helfen lassen darf.“[637]

[636] „Reform der Vergemeinschaftung“: Google Scholar 0 Treffer. „Reform der Gemeinschaft“: bedeutet nach Google Scholar nur Reform der EU und ihrer Institutionen. Das Thema ist offensichtlich nicht ‚zeitgemäß’.

[637] http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/britischer-locked-in-patient-tony-nicklinson-ist-tot-a-851516.html

Der Oberste Gerichtshof in London hatte entschieden, dass Nicklinson weiter gefoltert werden muss. Mitglieder des Staatsadels und deren Lakaien legen Wert darauf, dass innerhalb der Grenzen des United Kingdoms das staatliche Gewaltpotenzial in seiner Vielfalt und Raffinesse und in seiner Anwendung auf normale Staatsbürger präsentiert wird.

Das strafrechtlich gepanzerte Verbot der aktiven Sterbehilfe und oft auch der Beihilfe zum Suizid in hoch entwickelten Staaten ist – neben vielen anderen Aspekten – ein Zeichen für gravierende Demokratiemängel. Denn die Mehrzahl der Bevölkerung unterstützt im Gegensatz zu den herrschenden Parteien und Minderheitsgruppen die Liberalisierung in diesem Bereich. Doch auch viele Wissenschaftler machen sich zu Bütteln der Herrschenden, da sie mit eigenartigen Sophismen und spekulativen Argumenten die herrschenden Regelungen stützen[638].

Wie die Sache ‚Sterbehilfe' historisch und gesellschaftlich einzuordnen ist, kann sehr unterschiedlich beantwortet werden.

> „Die Geschichte des modernen Sterbehilfegedankens beginnt um 1900, und zwar mit eugenischen Überlegungen zum Lebenswert, die sich im Gefolge des Darwinismus sowohl auf das fremde als auch auf das eigene Leben anwenden lassen" (Gehring 2010, 185).

Wenn WissenschaftlerInnen einen historischen ‚Beginn' von ‚Ideen' oder ‚Bewegungen' setzen, handelt es sich in der Regel um Spekulationen oder bestenfalls um schwach bestätigte Hypothesen.[639] Auch in diesem Fall gibt es mehrere Sichtweisen, z.B. kann man schon in der Antike ansetzen, wobei man den Begriff Euthanasie als Leitfigur verwendet oder Beihilfe zum Suizid in der römischen Oberschicht betrachtet. Lebenswertüberlegungen und entsprechende Selektionsmaßnahmen am Beginn und am Ende des Lebens finden sich in den meisten bekannten Kulturen. Man kann auch die Individualisierung und Emanzipation im Laufe der europäischen Geschichte als Prozess begreifen, in dem Sterben und Tod schließlich neu bestimmt werden. Außerdem führte die Modernisierung, Ökonomisierung, Professionalisierung und Technisierung zum Widerstand von Personen und Gruppen gegen eine rigide Todesherrschaft. Die Forderung nach selbstbestimmtem Sterben kann einerseits als Teil der Individualisierung und der staatlich geschützten Autonomie begriffen werden, andererseits können Sterbehilfegesetze als Rahmungen und damit Beschränkungen dieser Forderung nach selbstbestimmtem Sterben angesehen werden. Dies ist nur ein Einblick in die vielfältigen theoretischen Überlegungen.

Soziologie der (aktiven) Sterbehilfe ist ein heikles Unternehmen, das von SoziologInnen relativ spät in Angriff genommen wurde[640] (vgl. Norwood 2009; Feldmann 2005; Koppehele 2008; Bayatrizi 2008). Wie sollen SoziologInnen an das Thema herangehen? Sollen sie eine ‚Erhitzung des Streits' durch streng distanzierte und sterilisierte Beobachtung – falls dies möglich ist – vermeiden? (Koppehele 2008, 10)[641] Sollen Sie nur Diskurse oder auch Praxen beobachten und analysieren? Werden Praxen, z.B. vermittelt durch empirische Untersuchungen, einbezogen, kann die streng distanzierte Beobachtung aus epistemischen Gründen nicht aufrechterhalten werden (vgl. Norwood 2009). Folglich betreibt z.B. Koppehele erkenntnismindernde As-

[638] Danyliv und O'Neill (2015) berichten über die Einstellungen der britischen Bevölkerung gegenüber der rechtlichen Zulassung der physician provided euthanasia (PPE) 1983 bis 2012 (zwischen 77 und 84 % Zustimmung). Da die Autoren allerdings ihre herrschaftsbezogene Konformität beweisen wollen, versuchen sie mit hanebüchenen Argumenten zu begründen, warum das nach wie vor bestehende strafrechtliche Verbot nicht nur den Interessen herrschender Minderheiten sondern auch dem Wohl des Volkes diene.

[639] Ein anderes Beispiel für solche problematischen ‚historischen Her- und Ableitungen' sind die Argumentationen von Foucault zu Biopolitik und Gouvernementalität (vgl. Ojakangas 2012).

[640] Im deutschen Sprachraum wurde eine gute sozialwissenschaftliche Forschung zur aktiven Sterbehilfe bisher erfolgreich verhindert.

[641] Im postmortalen Auftrag des ‚heiligen Luhmann', der wie manche ‚große Soziologen' scheinbar interessefrei und vergeblich versuchte, sein Theoriemonopol im Feld Soziologie durchzusetzen, reflekto-kritisiert Koppehele die Soziologen, die sich nicht an die Regeln und Metaregeln des Meisters halten, ‚die Soziologie' (normativ) instrumentalisieren, dilettantische Aufklärungsversuche starten und sich somit selbst zu Beratern, Therapeuten und Moralaposteln degradieren (ebd. 20 ff).

kese und schränkt ihre Arbeit auf Diskurse (von wem und wie?) ausgewählter Beobachter ein.[642] Übrigens bleibt Koppehele ihrem Vorsatz nicht treu (Könnte sie es denn?):

> „So kann im Verlauf der Arbeit auf vorschnelle Parteinahme verzichtet und darauf gesehen werden, wie das Sterbehilfethema nicht nur aktuell jeweils kommuniziert wird, sondern wie es unter anderen Bedingungen potenziell auch anders, aber äquivalent, kommuniziert werden kann.“(ebd. 10)[643]

Allerdings hat es sich Koppehele leichter gemacht als die von ihr streng distanziert gescholtenen KollegInnen: Sie richtet als überzeugte Luhmannianerin ihre Beobachtungsmitteilungen nicht an ‚Subjekte’, sondern an LuhmannianerInnen und (?) Codeautomaten (ebd. 25).[644]

Realsatire: Ein typischer Bauernregel-Satz konservativer Ideologen sei zur Einführung in den ‚Sterbehilfediskurs’ angeboten: „Der Mensch[645] will nicht durch die Hand, sondern an der Hand eines anderen sterben“[646] (Spieker 2005).[647] Ein weiterer verräterischer Satz des verstorbenen Ärztepräsidenten Jörg-Dietrich Hoppe: Der Unterschied zwischen (aktiver) Sterbehilfe und Palliativmedizin liege darin, „dass nicht der Leidende, sondern die Symptome seines Leidens beseitigt werden“.[648] Nicht die Person soll im Zentrum stehen, sondern ärztlich definierte Symptome sind zu behandeln. Spieker, Student, Klie, Wunder, Spaemann, Montgomery und viele andere sind tätig im Dienste der von bedeutsamen Institutionen geförderten Empörungsbewirtschaftung[649]. Die Funktionäre der Ärzteschaft, der Hospizorganisationen, der Kirchen und anderer Organisationen des Lebensoligopols geben gestanzte Sprüche und Hammersätze in der Öffentlichkeit ab.

Realpolitik: Regierungen und Rechtssysteme, die einen ethischen Rigorismus und Fundamentalismus bezüglich aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid stützen, sind gleichzeitig höchst ‚liberal’, wenn es um die Beihilfe zur massenhaften Lebensminderung und Tötung (ohne Verlangen) durch von ihnen kontrollierte Organisationen geht[650]. Dass das Vertrauen des Reflexion praktizierenden Teils der Bevölkerung in diese Regierungen bzw. Rechtssysteme und ihre ‚Moral’ schwindet, ist nicht verwunderlich.

Realpflege: In den medizinischen und pflegerischen Systemen, in denen aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid[651] verboten ist, verbreiten sich Vertuschungsroutinen und Professionalisierung von Heuchelei und Misstrauen[652].

Realsemantik: Begriffe, Definitionen und Theorien haben Werkzeugcharakter, doch im Leben-Tod-Feld sind oft durch kulturelle und symbolische Macht aufrechterhaltene Mystifizierungen anzutreffen und werden auch von Kulturschaffenden wachstumsgefördert. Begriffliche Unterscheidungen werden fälschlicherweise oft als ‚Wirklichkeitsabbildungen’ oder gar als ‚Wirklichkeitsproduzenten’ verstanden oder ausgegeben[653]. In der professionellen Ausbildung von Ärzten werden implizit und explizit reflexionsschwache Wirklichkeitsbeschreibungen, argu-

---

[642] Befremdlicherweise nennt Koppehele diese Askese „strikt reflexive Soziologieform“ (ebd., 49), als wäre Reflexion an eine bestimmte ‚Form’ oder Etikette gebunden.

[643] Der geheimnisvolle Ausdruck „äquivalent“ soll wohl „konformistisch“ und „opportunistisch“ oder „wird schon irgendwie passen“ bedeuten.

[644] Koppehele unterstellt – selbstverständlich nicht moralisierend – den KetzersoziologInnen, ‚den Menschen als Ganzen’ zu verehren und zu beschwören.

[645] „Der Mensch“: eine verräterische Formulierung, denn es gibt viele Menschen, während „der Mensch“ wohl eine Fiktion ist. Spieker verabscheut offensichtlich Vielfalt und Pluralismus.

[646] Eine ganz ähnliche Aussage stammt auch von Kardinal König.

[647] Noch krasser und witziger: “We want our trainees to become healers not killers. Our healing profession should not be transformed into a killing profession” (Sher 2012)..

[648] http://www.epochtimes.de/articles/2009/12/31/532609.html

[649] Nicht die Empörung soll angegriffen werden, sondern die dadurch gestützte Uniformierung der öffentlichen Meinung – und vor allem die Reflexionsaskese.

[650] Ein Beispiel: http://www.heise.de/tp/artikel/34/34947/1.html

[651] Ein Beispiel für die massiven Vorurteile in diesen Institutionen: „Beihilfe zur Selbsttötung ist außer Frage eine Tat der Verzweiflung von Patient **und** Arzt“ (Jonen-Thielemann 2008, 263).

[652] Selbstverständlich werden Untersuchungen dieser Hypothese vermieden.

[653] Vgl. die Ausführungen zum *semantischen Trugschluss* bei Wils (2007, 32 f).

mentative Rituale und Ideologien gelernt, die sich z.B. auf aktive Sterbehilfe und Suizid beziehen.[654]

Bayatrizi (2008, 135) weist auf die Realitätskonstruktionen der Sterbehilfediskurse hin:

> „… overmedicalization, legalization, and objectification of the language of death and dying at the expense of the suppression of the personal, relational, symbolic, and … biographical meanings, that often underlie the decision to ask for and grant euthanasia.“

Heftige Wert- und Begriffskämpfe prägen das Diskursfeld *Euthanasie*.

> „In Deutschland versuchen bestimmte Gruppen, die Stigmatisierung, die das Wort ‚Euthanasie' durch die Nazi-Verbrechen erhalten hat, im öffentlichen Bewusstsein zu erhalten. Doch der Begriff dringt durch die Nachbarsprachen ständig in der international dominierenden Bedeutung, die ungefähr dem neudeutschen Begriff ‚aktive Sterbehilfe' entspricht, in die Medien und die wissenschaftlichen Schriften ein. Bestimmte Gruppen versuchen durch diesen symbolischen Kampf die so genannte deutsche Sondersituation festzuschreiben, die sich allerdings nicht in der Meinung der Mehrzahl der deutschen Bevölkerung spiegelt, die den Einstellungen in den anderen westlichen Industrieländern ähnelt“ (Feldmann 2004a, 187).

Nachdem Expertengruppen und Funktionäre im deutschen Sprachraum die Stigmatisierung des Begriffs Euthanasie über Jahrzehnte gepflegt haben, nennen sie in der Regel die right-to-die-Bewegung, wie sie international vor allem bezeichnet wird, „Euthanasiebewegung“ und nicht z.B. Sterberechtsbewegung. Im angelsächsischen Wissenschaftsbereich findet man einen größeren Anteil an objektiven, mehrperspektivischen und empirisch gestützten Darstellungen des selbstbestimmten Sterbens und der (aktiven) Sterbehilfe als im deutschsprachigen. Doch in der gesamten wissenschaftlichen Fachliteratur werden die Rahmenbedingungen der Diskurse mangelhaft reflektiert, wodurch eine Ideologisierung selbst bei evidenz-basierten Forschungsberichten festzustellen ist. Zu den Rahmenbedingungen gehören:

- Priorität der Theorien und Organisationsbedingungen des medizinischen Systems im Vergleich zu Interessen von Personen und Gruppen.
- Beschneidung der Selbstbestimmung durch rigide Gesetzgebung und Standesrechtsregelungen.
- Verhinderung öffentlicher multiperspekivischer theoretischer Betrachtung der Konflikte zwischen verschiedenen Interessen, Kognitionen, Werten und Akteurskonstellationen.

Wozu dienen die Begriffe „aktive Sterbehilfe“ und „Tötung auf Verlangen“? Wer benötigt sie? Auf jeden Fall dienen sie den Funktionären des Rechts, der Politik, der Medizin und der Religion als Herrschaftsmittel und zur Reflexionsvermeidung. Die durch Standardisierungspraktiken ‚objektivierte' Einteilung in *direkte, indirekte, passive* und *aktive Sterbehilfe* täuscht vor, ein für alle brauchbares Instrument zur Verfügung zu stellen, jedoch handelt es sich um eine Kompromisssemantik im Interesse konservativer Gruppen.[655] Diese herrschaftlich und wissenschaftlich gepanzerten Klassifikationsschemata, die nach Bourdieu (1997b, 159) die *doxische Erfahrung* programmieren, fassen „die soziale Welt und ihre willkürlichen Einteilungen … als natürlich gegeben, evident und unabwendbar auf“.[656] Dass es bei dieser absolutistischen Sterbehilfesemantik um Definitions- und Diskursmacht geht, darf nicht öffentlich thematisiert werden.

Obwohl der Unterschied zwischen passiver, indirekter und aktiver Sterbehilfe von Diskurspolizisten, Hütern des Begriffstempels und diensthabenden Wissensschaustellern für höchst bedeutsam und unverzichtbar erklärt wird, erweist er sich bei vielen konkreten Entscheidungen und Vollzügen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arzt-Patient-Interaktionen als neben-

[654] Vgl. eine Befragung von schwedischen Medizinstudierenden (Karlsson 2011, 31 f).
[655] Schobert (2006) beschreibt und kritisiert die Verwendung der Begriffe (aktive) Sterbehilfe und Euthanasie in Medizin, Recht, Medien und anderen Bereichen.
[656] *Wikipedia* ist eine großartige demokratische Unternehmung, doch es sollte kritisch beobachtet werden, in welchen Bereichen es (un)erwünschte Standardisierung, Ideologisierung, Herrschaftsstabilisierung und Dogmatisierung fördert!

sächlich oder unbrauchbar, da entweder das angeblich notwendige Wissen fehlt oder die organisatorischen und personalen Strukturen den Luxus einer entsprechenden Differenzierung oder ‚korrekten Entscheidung' nicht zulassen oder ein erfahrungsbezogenes Expertenwissen das semantische Feld implizit anders strukturiert (vgl. Wehkamp 1998; Duttge 2006; Giese/ Koch/ Siewert 2006; Douglas et al. 2008). Auch von vielen Schwerkranken oder Sterbenden wird diese Unterscheidung in passive, indirekte und aktive Sterbehilfe als unbrauchbar angesehen, da sie andere semantische und pragmatische Feldgestaltungen der Sterbehilfe für sinnvoll halten, die – in den wenigen Fällen, in denen sie offengelegt werden – vom Kontrollpersonal für nicht *legitim* und nebensächlich erklärt werden.

> „Lindernde ärztliche Betreuung bis hin zur gezielten Tötung auf eigenen Wunsch bei unerträglichem Leiden sind für die Patienten verschiedene Varianten ärztlich-professionellen Handelns" (Leppert & Hausmann 2007, 106).

Trotz hohem internationalem propagandistischen und mehr pseudo- als wissenschaftlichen Aufwand ist es nicht gelungen, die meisten Menschen von den ‚fundamentalen Unterschieden' zwischen den künstlichen Begriffswelten der ‚guten Sterbehilfe' und der ‚schlechten Sterbehilfe'[657] zu überzeugen.

> „Wie kann man im Zweifelsfall schon feststellen und beweisen, ob der durch […][658] seinen Patienten tötende Arzt sich letztlich durch die Absicht der Schmerzbekämpfung leiten ließ (bloß *indirekte* aktive Sterbehilfe) oder ob er seinen Patienten zwecks endgültiger Beendigung seines Leidens *töten* wollte (*direkte* aktive Sterbehilfe)?" (Hoerster 2008, 222)

Die in seltenen Fällen eingesetzten Ethikkommissionen oder aufwendigen Diskurse, um so genannte Problemfälle zu *lösen*, stehen in einem merkwürdigen und ungleichheitsfördernden Gegensatz zu den viel häufiger vorzufindenden „heimlichen Entscheidern".

Die heimlichen Entscheider:
_ „Wer hat heute Dienst?"
_ „Sollen wir Dr. Ichrettejeden rufen?"
_ „Wenn Dr. Glockenleuten Dienst hat, rufen wir ihn."
_ „Wenn Pat. X stirbt, ruft mich nicht zu schnell."
_ „Wir sind leider zu spät gekommen."
_ „Ruf den Notarzt - alles Weitere geschieht automatisch!"
(Wehkamp 2008)

Wenn man den Wandel menschlichen Lebens in der westlichen Welt betrachtet, dann sind die Verhältnisse immer zivilisierter und ‚unnatürlicher' geworden. Droht ein gravierendes ‚natürliches Ereignis', z.B. schwerwiegende Erkrankung, Bewusstseinsverlust etc., dann wird massiv eingegriffen. Fast alle Ärzte sind der Meinung, dass man „der Natur in diesem Fall nicht ihren Lauf lässt". Idealtypisch soll diese Invasionsbereitschaft abgebrochen werden, wenn der Arzt als gate keeper die kurative Phase explizit beendet und das „natürliche Sterben" einläutet. Plötzlich stehen Eingriffe eher unter *ethischer* und rechtlicher als unter medizinischer Kontrolle. Der Patient soll sein Sterben nicht so gestalten, wie er möchte, d.h. Lebensverkürzung, die ansonsten neben Lebensverlängerung immer – allerdings meist implizit, verborgen, kleinschrittig, komplex vernetzt – betrieben wurde, steht nun unter Strafandrohung. Freilich gilt die Strafandrohung – wie auch in vielen anderen Fällen – faktisch nicht für die Privilegierten.
Die Erschwerung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid für die Unterprivilegierten dient der Distinktion: die Privilegierten wollen Bereiche, die für sie reserviert sind, in die

[657] Während ein Mensch „gute Sterbehilfe" ohne schwerwiegende Bedingungen erhält, auch wenn er sie nicht wünscht, gibt es vom Betroffenen erwünschte „schlechte Sterbehilfe" – wenn überhaupt – nur unter Extrembedingungen: „unerträgliches" Leid.
[658] Die Mittel sind vielfältig und ihre mehr oder minder lebensverkürzende Wirkung ist von unterschiedlichen Bedingungen abhängig.

möglichst wenige Statusniedrige eindringen, und der Herrschaftssicherung: die Unterprivilegierten sollen geduckt werden und ängstlich sein.

Recht und Magie

Ein modernes Rechtssystem verwendet der Magie äquivalente Regelungen und Techniken. Allerdings kann man dies als abstrakte Magie im Gegensatz zu der konkreten Magie einfacher Kulturen bezeichnen. Durch konkrete Magie wurde versucht zu heilen, zu töten oder Regen zu bringen. Durch abstrakte Magie wird Abstraktes angepeilt: Ordnung, Gerechtigkeit, Sittlichkeit, Ungleichheit etc.[659] Diese abstrakte Magie des Rechts wird animiert durch die Bindung an alte Metaphern des ‚kollektiven Bewusstseins', z.B. an das Strenge-Vater-Skript (Lakoff/ Wehling 2008).
Das Gesetz zur *Tötung auf Verlangen* als Beispiel für abstrakte Magie, die konkret Menschen opfert, beruht nicht auf empirischen Untersuchungen und es werden auch keine Evaluationen durchgeführt. Es werden keine Operationalisierungen und theoretischen Aussagen, die sich auf erwünschte oder unerwünschte Wirkungen des Gesetzes beziehen, offiziell festgelegt. Die Immunisierung gegenüber Kritik scheint damit gelungen zu sein. Doch durch internationale Untersuchungen belegte Tatsache ist: Der schon lange eingetretene Legitimationsverlust des § 216 und seiner Schwestern und Brüder wird durch oberpriesterliche und pseudowissenschaftliche Resakralisierungsrituale immer mangelhafter kompensiert. Die psychosozialen Kosten der verfehlten Rechtslage werden auf die Betroffenen abgeladen und dürfen offiziell nicht erfasst werden. Sie zeigen sich gelegentlich in Einzelfällen, die in die Medien geraten, und in der Regel nur doxakonform diskutiert werden: Ein Sohn erstickte seine nach einem Unfall acht Jahre nicht ansprechbar im Bett eines Pflegeheimes vegetierende Mutter.[660]

Ein Beispiel für eine ‚wissenschaftliche', normative, autoritäre und dogmatische Wirklichkeitskonstruktion im Rahmen eines staatlich geförderten scholastischen Rechtssystems:

> „Der für das ernstliche Tötungsverlangen konstitutive Todeswille des Verlangenden hat pathologischen Charakter gerade deshalb, weil dem Verlangenden als 'quasi-präsuizidalen Syndrom' die Einsichts- und Urteilsfähigkeit zur vollen Erfassung des Wesens, der Bedeutung und Tragweite des gegen ihn gerichteten Eingriffs fehlt. Der für die Ernstlichkeit des Tötungsverlangens geforderte defektfreie Wille, der zielbewußt und endgültig mit dem Leben abgeschlossen hat, ist ein Widerspruch in sich und kommt in der Realität nicht vor" (Bringewat 1976, 375).

Die Verteidigung der ‚ewigen Gültigkeit' des § 216 (Tötung auf Verlangen)[661] wird von konservativen Rhetorikern (moral entrepreneurs) mit der Metapher oder dem Bild „Damm" verbunden. Durch diese rhetorischen Rituale, die zur Herstellung moralaktivierender Hysterien dienen (wie dem Terrorwahn), sollen Menschen in die Einstellung hineingetrieben werden, wenn das geltende Gesetz verändert würde, käme es zum „Dammbruch"[662]. Die Propaganda hat sich teilweise als wirksam erwiesen, wenn auch die Absicht, eine *moralische Panik* zu errei-

[659] Alle modernen Systeme verwenden abstrakte Magie, d.h. sie legen keinen operationalisierten Output fest, sondern stimulieren diffuse Erwartungen. Dies ändert sich auch nicht durch die Setzung von ‚Standards' wie z.B. in Bildungssystemen (Bildungsstandards). Dies kann durch eine Flut von Gutachten, Indikatoren und Indices auch für Wissenschaftler erfolgreich verschleiert werden.

[660] Hannoversche Allgemeine Zeitung, 4. 5. 2012.

[661] Für derartige festungsartig zementierte Gesetzesvorschriften gelten die ironischen Worte von Bourdieu: „sichert ihr rituelles Einbalsamieren doch den kanonisierten Texten falsche Zeitlosigkeit" (Bourdieu 1997a, 63).

[662] Das Appellwort „Dammbruch" wird an ungeeigneter Stelle „verbraucht". Es sollte intelligenter und ethisch hochwertiger eingesetzt werden: globale Erwärmung, Weltbevölkerungswachstum, Finanzkapital etc. Auch bei der Beteiligung Deutschlands und anderer EU-Länder an Rüstung und „Kriegen" außerhalb der EU würden Dammbruch- und slippery-slope-Argumente geeigneter sein als bei der Diskussion um aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. Die Vermutung ist nicht abwegig, dass unbewusst mit dem Gerede der politische, ökonomische und militärische Damm gemeint ist, der die Wohlhabenden von den Hungernden und Elenden trennt. Würde dieser Damm brechen, wäre es tatsächlich für die Wohlhabenden eine ‚Katastrophe' !?! (vgl. Ziegler 2012).

chen, nicht von Erfolg gekrönt war, wie z.B. Umfragen zeigen.[663] Außerdem gibt es keine hochwertigen wissenschaftlichen Beweise für diese *These* bzw. diese *Bilderlegende* oder *moralische Erzählung*.[664] Denn es wurden von den Dammbruchideologen keine prüfbaren Theorien erstellt, keine empirischen Untersuchungen oder gar Evaluationen durchgeführt[665]. Folglich könnte in Deutschland oder in der EU der ‚Damm' schon lange gebrochen sein, oder es existiert gar kein Damm etc. Um den möglichen Dammbruch durch die niederländische (oder belgische) Gesetzgebung und Euthanasiepraxis zu beurteilen, sind folgende Kenntnisse hilfreich:

- Die der deutschen (§ 216) entsprechende Gesetzesvorschrift im Strafrecht wurde in den Niederlanden nicht aufgehoben.
- Nur eine kleine Minderheit der sterbenden Menschen in den Niederlanden oder in Belgien erhalten aktive Sterbehilfe (höchstens ein bis zwei Prozent).
- In Deutschland wird trotz Verbot aktive Sterbehilfe praktiziert. Doch es besteht offensichtlich kein ‚öffentliches Interesse' an der Erforschung dieser Grauzone[666].
- Ein großer Teil der Ärzte und des Pflegepersonals weiß über die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht ausreichend Bescheid (vgl. Wehkamp 1998).
- Ein Teil der Ärzte und des Pflegepersonals und wahrscheinlich die meisten Patienten halten die subtilen und schwer operationalisierbaren Trennungen zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe nicht für sinnvoll und praktikabel.
- Die von einigen Philosophen, Theologen, Ärzten, Juristen und anderen Warnern in Medien, Schriften und anderen Verlautbarungen ausgestreuten ‚Tatsachenbehauptungen', die diesen „Dammbruch" beschwören, sind als Bestätigung ungeeignet bzw. nicht wissenschaftlich geprüft (vgl. Feldmann 2004a, 198 ff; 2005; Merkel 2010).[667]
- Langzeituntersuchungen in den Niederlanden zeigen, dass trotz Liberalisierung der Praxis keine signifikante Zunahme der Fälle aktiver Sterbehilfe und vor allem keine Ausweitung von ‚Missbrauch' festgestellt wurde (Van der Heide/ Rietjens 2012).

Dass die Dammbruch- und slippery-slope-Argumente polemisch, wissenschaftlich geringwertig und diskurshemmend sind, ist mehrfach nachgewiesen worden (vgl. Battin et al. 2007; Schöne-Seifert 2007, 81ff; Fenner 2008, 76 ff; Levy 2008; Merkel 2010; Schüklenk et al. 2011, 47 ff).

> "in countries where euthanasia was unlawful in the early 1990s, such as Australia and Belgium, the incidence of active nonvoluntary euthanasia was five times higher than in the Netherlands, 3.5%, 3.2%, and 0.7% respectively (van der Maas, van Delden and Pijnenborg, 1991: 669-674). Since public regulation may actually reduce, rather, than increase the incidence of nonvoluntary euthanasia, ethicist Helga Kuhse (see Tannsjo 2004: 66) suggests that if there is a 'slippery slope', it slopes in

[663] Personen, die meinen, sie verfügten über geringe Kontrollchancen bezüglich ihrer Lebensumstände, neigen eher dazu, dem Dammbruchmythos Glauben zu schenken und wenden sich gegen eine Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe (Verbakel/ Jaspers 2010). Allerdings könnten sowohl der Aspekt der subjektiven und objektiven ‚sozialen Schwäche' als auch das Desinteresse an Selbstbestimmung Ursachen für solche Einstellungen sein.

[664] Leider neigen auch anerkannte Wissenschaftler, wenn sie in der Öffentlichkeit in entsprechenden Erwartungskontexten auftreten, zu solchen ideologischen Aussagen: „Lukas Radbruch, Präsident der EAPC, warnte gar vor einem ‚Dammbruch', sollte die aktive Sterbehilfe legalisiert werden" (Mihály 2009, 96).

[665] „Dammbruchargumente … leiden nämlich an einer prinzipiellen Empiriearmut" (Wils 2010, 241). Bernheim et al. (2008) haben eine begrenzte Operationalisierung und Hypothesenprüfung vorgenommen und konnten die Annahme vorläufig falsifizieren (vgl. auch Chambaere et al. 2012).

[666] „Die Durchführung von Befragungen, Untersuchungen der Einstellungen solch brisanter Themen wie der aktiven Sterbehilfe erfordert eine große Verantwortlichkeit im Umgang mit den Ergebnissen. Immerhin besteht die erhebliche Gefahr, dass bereits die öffentliche Auseinandersetzung und Diskussion mit diesem Thema dazu beiträgt, dass die aktive Euthanasie als eine „vernünftig begründete" Option aufgewertet wird, mit der die drängenden und belastenden Probleme am Ende des menschlichen Lebens zu reduzieren wären" (Böttger-Kessler/ Beine 2007, 805).

667 Diese Erkenntnisse verschweigen wahrscheinlich die meisten HochschullehrerInnen im deutschen Sprachraum den Studierenden, so dass die Vorurteile im Interesse konservativer herrschender Gruppen reproduziert werden können. Beispiel eine Diplomarbeit der Universität Wien: Mayr 2012.

the opposite direction: the acceptance and regulation of voluntary euthanasia is linked with a lower incidence of non-voluntary euthanasia" (Chambers 2011, 70).

Doch die Dammbruchargumente sind nicht nur falsifiziert, sondern sie wirken auch lebens- und würdemindernd, da sie strategisch dazu dienen, Menschen von den bedeutsamen Lebens-Tod-Kampffronten abzulenken und in ihrer Selbstbestimmung zu schwächen.

Dass das slippery-slope-Argument die Machtposition des medizinischen Systems verteidigen soll, ist in dem Aufsatz von Ost und Mullock (2011, 189) eindeutig zu erkennen, der einen nicht-medizinischen von großen Teilen der Bevölkerung getragenen Leidensbegriff (existential suffering) pseudo-universalistisch und empirisch ungesichert angreift:

> "The proposal would involve too significant a move away from the accepted medical model to be the basis of legal reform at this time. And we have argued that the proposal prioritises the importance of autonomy over compassion and suffering and that this could lead to a slippery slope towards unfettered autonomy."

Genannt sei noch die immer wieder vorgebrachte triviale und für ein rationales Handeln irrelevante Behauptung, dass eine gesetzliche Humanisierung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid nicht vorhersagbare Folgen haben kann, doch wissenschaftlich nicht belegbar ist, dass diese Folgen *negativ* sein müssten[668]. Sozialwissenschaftlich und auch alltagstheoretisch ist zu erwarten – und verschiedene Daten und Erfahrungsberichte bestätigen dies auch – dass die Gesetzgebung bezüglich aktiver Sterbehilfe bzw. Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und Oregon[669] *positive Konsequenzen* hat und haben wird, da Wünsche eines Teils der Bevölkerung erfüllt werden, die Transparenz verbessert wird und Kultivierungsszenarien erprobt werden (vgl. Young 2007; Bayatrizi 2008).

> „… euthanasia talk is used to invoke a future ideal death scenario that gives power to the dying individual … Euthanasia talk helps maintain personhood in the face of decline, giving individuals an active role in scripting their own death …" (Norwood 2009, 228).

These 23b: Gesellschaftliche, medizinische und rechtliche Anerkennung der aktiven Sterbehilfe wie in den Niederlanden und Belgien begünstigt mittel- und langfristig eine Humanisierung und Kultivierung des gesamten Bereichs des selbstbestimmten Sterbens (Suizid, Beihilfe zum Suizid, Patientenverfügung etc.).[670]

Doch die Phalanx der Euthanasieexperten im deutschen Sprachraum steht zwar nicht mehr so stabil wie früher, ist aber noch immer erfolgreich. „Unnachsichtig, moralisch überheblich und teils wider besseres Wissen, sind die Niederlande und inzwischen auch Belgien zum Lieblingsfeind vor allem deutscher Euthanasiegegner geworden." (Wils 2007, 241)[671] Um interessenorientierte diffus-apokalyptische Risikoszenarien zu stützen, verwenden deutsche Lebensschützer niederländische (!) Daten[672], die sie theoretisch und methodisch fehlerhaft interpretieren (z.B. Spieker 2004, 2015; Duttge 2006, 50 f; Oduncu 2007, 146 ff; Simon 2007b; Wodarg 2008, 75; Sahm 2010, 231; Oduncu/ Hohendorf 2011; Schneider 2011, 209)[673]. Diese positionsstützenden theoretischen und methodischen Schwächen zeigen sich auch in der wiederhol-

---

[668] Vgl. zu Hypothesen und Argumenten pro und contra Suizidbeihilfe Wedler (2008, 328 ff) und Jox (2011, 167 ff).

[669] "…opponents fear that permitting patients to take their own life will worsen the quality of palliative care, but in Oregon, overall spending on and patient ratings of palliative care have risen since assisted dying was legalized" (Prokopetz/ Lehmann 2012, 98).

[670] Die folgende Information ist zwar keine Bestätigung der These, doch ein Hinweis, dass in den Niederlanden klientenfreundlicher gestorben wird als in anderen hochentwickelten Staaten mit todessensiblen Machteliten: Eindeutig sterben in den Niederlanden mehr Menschen zu Hause (Cohen et al. 2008; Cohen et al. 2010).

[671] Mehrere deutschsprachige Wissenschaftler und Funktionäre aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Theologie etc. betreiben eine systematische Fehlorientierung der Öffentlichkeit.

[672] Allerdings gibt es auch niederländische Wissenschaftler, die aus den Daten interessengeleitete Fehlschlüsse ziehen, z.B. Jochemsen (2008).

[673] Charakteristisch für diese Literatur ist die Theorieschwäche, die Missachtung methodologischer Basiserkenntnisse und die nur auf Verifikation ausgerichtete Auswahl von ‚Belegen'.

ten Untersuchung der deutschen Hospizstiftung[674], in der die suggestive Pseudoalternative Hospiz und Palliativmedizin vs. aktive Sterbehilfe ins Zentrum gestellt wird (vgl. auch Böttger 2000).[675] Auch anerkannte ärztliche ‚Organe', wie das Deutsche Ärzteblatt, scheuen nicht vor interessenbezogenen Fehlmeldungen zurück.[676] Klie und Student (2007, 130) nutzen für Diskriminierungszwecke ihre private *spekulative* Sozialforschung:

> „Diese Entwicklung bewirkt eine fatale Bewusstseinsveränderung in der niederländischen Öffentlichkeit: Aus der Chance zur Euthanasie entwickelte sich schleichend fast so etwas wie eine Pflicht zur Euthanasie."[677]

In krassem Ausmaß wird diese private spekulative Sozialforschung von Spieker (2015) und Bauer (2015) eingesetzt, die offensichtlich ein gottähnliches Wissen über Sterbehilfe besitzen und deshalb kaum empirische Untersuchungen benötigen, um zu Evidenzen über Fremderfahrungen zu gelangen:

> „Die Erfahrungen mit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien bestätigen die Vermutung, dass aktive Sterbehilfe nicht Hilfe für Schwerkranke, sondern Instrument einer unblutigen Entsorgung der Leidenden, nicht Zuwendung zum Sterbenden, sondern Verweigerung des medizinischen und pflegerischen Beistandes ist" (Spieker 2015, 235 f).

Auch Jochen Taupitz, Mitglied des Deutschen Ethikrates, kann es sich nicht versagen, theoretisch und methodisch unqualifizierte Äußerungen dieser Art in die Öffentlichkeit zu tragen:

> "Wenn man von vornherein am Hausarzt vorbei oder am behandelnden Arzt vorbei da ein Tötungskommando, sag ich mal ganz drastisch, sich ins Haus holt, um in dieser Weise aktive Sterbehilfe zu bekommen, also das halte ich für sehr bedenklich."

> "Also, da rutscht das schon langsam immer weiter in eine Richtung, dass auch ein Druck auf die Menschen ausgeübt wird: Jetzt macht doch endlich Schluss oder lasst Schluss machen. Ich sehe darin eine große Gefahr."[678]

Die Mischung aus Pseudowissenschaft, Vorurteilen[679] und Ideologien lässt sich häufig in Expertendiskussionen und -interviews zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid diagnostizieren.[680]

Im Anschluss an eine Studie der DGP (Müller-Busch et al. 2002), nach deren Ergebnissen sich die Mehrheit der befragten Ärzte gegen aktive Sterbehilfe aussprach, wird von Gegnern der aktiven Sterbehilfe geschlossen: „... dass der ärztliche Ruf nach medizinisch assistierter Tötung auch mit Unkenntnis über alternative und palliativmedizinische Therapieoptionen zu tun

---

[674] „Irreführend ist es ..., wenn in der öffentlichen Debatte eine vom Marktforschungsinstitut Emnid seit 1997 im Auftrag der Deutschen Hospizstiftung durchgeführte Befragung als Beleg dafür angeführt wird, dass Umfragen kein verlässliches Bild der Wertungen in der Bevölkerung zeichnen könnten." (van den Daele 2008a, 39 f)

[675] Selbst an einer Wissensstelle, an der man ‚Objektivität' erwartet, findet man diese nicht. Vollmann (2003) bietet in der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* nur eine scheinobjektive Darstellung: „Die empirischen Daten über die Einstellung der deutschen Bevölkerung zur Tötung auf Verlangen variieren erheblich in Abhängigkeit von Art und Umfeld der Fragestellung", eine Aussage, die durch den Vergleich der methodisch unbrauchbaren Untersuchung der deutschen Hospizstiftung mit einer Forsa-Umfrage „belegt" wird. In einer medizinischen Dissertation wird aufgrund dieser wissenschaftlich mangelhaften Ergebnisse der Hospizstiftung sogar die falsifizierte Behauptung aufgestellt, dass es gelungen sei, die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in Deutschland zu verringern (Hansen 2008, 101).

[676] Es wird über eine belgische Euthanasieuntersuchung berichtet und eine eindeutig in dem entsprechenden Aufsatz nicht vorhandene Behauptung dem Hauptautor untergeschoben: „Diese Gruppe (nicht kommunikationsfähige Patienten) wird durch die belgische Gesetzgebung einem erhöhten Risiko ausgesetzt, gegen ihren früheren Willen getötet zu werden, findet Chambaere." http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/41265/Flandern_Sterbehilfe_haeufig_ohne_Zustimmung_des_Patienten.htm

[677] Die Argumentation läuft nach dem schlichten Grundsatz: Wirf dem Gegner vor, was du selbst unterstützst! Die Pflicht zum Selbstverlust und zur Entwürdigung wird vielen Menschen in Krankenhäusern und Heimen aufgebürdet, denen ein rechtzeitiges Sterben verweigert wird.

[678] http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/kalenderblatt/1715853/

[679] Vgl. zu rationalen Antworten auf einige Vorurteile: http://www.uni-muenster.de/HausDerNiederlande/zentrum/Projekte/NiederlandeNet/Dossiers/Soziales/Sterbehilfe/missverstaendnisse.html

[680] Ausnahmen stellen die nüchternen philosophischen Diskussionen von Fenner (2007, 2008), Kodalle (2007) und Wittwer (2009, 95 ff) dar.

hat“ (Jordan/ Frewer 2008, 262). Doch dieser Interpretation widersprechen internationale Daten, vor allem Untersuchungen in den Niederlanden und in Belgien.

> “Finally, our results also show that physicians with training in palliative care or those who are members of a palliative team receive requests for euthanasia more often, and that they do not grant them less often than those with no palliative care background. This suggests that palliative care does not reduce requests for euthanasia, which is consistent with previous research.1 It supports the view that euthanasia can be seen as one possible outcome within palliative care in Belgium” (Van Wesemael et al. 2011, 731).

Der Unterschied zwischen den deutschen Ärzten, die sich *gegen* aktive Sterbehilfe aussprechen, und den niederländischen und belgischen Ärzten, die sich *für* aktive Sterbehilfe aussprechen, liegt wohl nicht im Bereich der Kenntnisse über alternative und palliativmedizinische Therapieoptionen, sondern betrifft Kenntnisse über wissenschaftliche Untersuchungen zu aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid und strukturell bedingte Vorurteilsstrukturen.[681] Als unmaßgeblicher Beleg für diese These soll folgendes intellektuell und wissenschaftlich auf niedrigem Niveau angesiedeltes Argument aus einem Beschluss des 112. Deutschen Ärztetages (2009) angeboten werden:

> „Eine ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid ist abzulehnen[682], weil sie nicht nur mit dem tradierten Arztbild unvereinbar ist, sondern weil das Vertrauensverhältnis, auf dem jede Patient-Arzt-Beziehung beruht, letztlich zerstört würde.“[683]

These 23c: Durch die Zulassung der ärztlich assistierten Beihilfe zum Suizid würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht verschlechtert sondern verbessert werden[684] (vgl. Norwood 2009, 219; Voorhees et al. 2014). Allerdings ist zu bedenken, dass das entsprechende Vertrauensverhältnis in den Niederlanden aufgrund eines besseren Gesundheitssystems gefestigter ist und somit in Deutschland zuerst Schwierigkeiten von Seiten der Funktionäre des medizinischen Systems zu erwarten wären, die allerdings bei entsprechender Praxis mit Beihilfe zum Suizid geringer würden.

Um den beim Thema Sterbehilfe erwünschten Verifikationismus zu stützen - d.h. die eigenen Vorurteile werden in den Stand von Theorien und Axiomen versetzt und immer wieder durch Autoritäten bestätigt – empfiehlt es sich, einen ausgewiesenen niederländischen Gegner der aktiven Sterbehilfe einzuladen. Beliebt ist bei deutschen Kongressen (z.B. DGPPN Kongress 2008) der niederländische Medizinethiker Henk Jochemsen. Seine Powerpoint-Präsentation zeigt den Ablauf: Zuerst werden ‚moraltheoretisch' Statistiken vermittelt, dann Rechtsvorschriften, und schließlich empirisch nicht belegte notdürftig als wissenschaftliche Erkenntnisse verkleidete Vorurteile:[685]

> „In unserer postmodernen Gesellschaft gibt es eine Spannung zwischen Autonomie und Partizipation. Einseitige Betonung von Autonomie führt zu Einsamkeit und Erfahrung von Sinnlosigkeit. ...Ein Teil der Bevölkerung versteht Sterbehilfe inzwischen als ein Recht, was es aber auch in den Niederlanden nicht ist.“

---

[681] Neben diesen kognitiven Unterschieden dürfte es noch im Durchschnitt sozial-emotionale Unterschiede geben: die an aktiver Sterbehilfe beteiligten niederländischen Ärzte sind wahrscheinlich empathischer (einfühlsamer) als die an folterähnliche Sterbeprozesse gewöhnten deutschen Ärzte.

[682] „Das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz ist und bleibt ethisch und moralisch fragwürdig, vor allem aber verfassungsrechtlich mehr als „nur“ bedenklich!“ (Barth 2012). http://www.iqb-info.de/top-news.htm

[683] In einer repräsentativen deutschen Umfrage (Forsa) haben 84 % folgender Aussage zugestimmt: ‚Wenn mein Hausarzt einem unheilbar kranken Patienten bei der Selbsttötung hilft, würde ich das Vertrauen zu ihm nicht verlieren.“ (DGHS 2003). Außerdem deuten verschiedene Untersuchungen auf ein im Durchschnitt größeres Vertrauen niederländischer schwerkranker und sterbender Patienten zu ihrem behandelnden Arzt als deutscher Patienten (vgl. Norwood 2009; Van der Heide et al. 2007).

[684] „It also means a chance to deepen relationships with patients and family members, providing huisartsen the satsifaction of knowing that they are practitioners to the ‘whole' patient and their families through the life cycle from birth to death” (Norwood 2009, 228). “Such discussions [about physician-assisted suicide] can facilitate a reexamination of the situation by the physician and optimization of palliative care, and can lead to a stronger relationship between doctor and patient“ (Voorhees et al. 2014, 815).

[685] http://www.lindeboominstituut.nl/assetmanager.asp?aid=441

Offensichtlich verabscheuen Paternalisten diese progressive und selbstbewusste Haltung eines Teils der Niederländer.

Sterbehilfe ist ein Diskursbereich, in dem Funktionäre und Sprecher ungeprüfte Hypothesen als gültige Tatsachenbehauptungen ausgeben können[686], ohne kritische Stellungnahmen befürchten zu müssen – wenn ihre Aussagen kompatibel mit den herrschenden Ideologien sind. Durch eine gebetsmühlenartige Falschmünzerei, d.h. empirisch nicht geprüfte Aussagen werden als Tatsachenurteile verkauft[687], sollen sich selbst verstärkende Glaubwürdigkeitskreisläufe erzeugt werden.[688]

Einige Schriften seien als Belege für diese These herangezogen.

> „Bei der Aktiven Sterbehilfe kommen also ein suizidaler Mensch und ein homizidaler zusammen (Aktive Sterbehilfe als Konvergenz von Suizidalität und Homizidalität). Durch dieses Zusammentreffen wird die Schwelle für eine (konsensuelle) Tötungshandlung gesenkt. Aktive Sterbehilfe ist also der Ausdruck extremer Not und Hilflosigkeit in der Begegnung zweier Menschen.“[689]

> „Das Verbot der aktiven Sterbehilfe versagt dem Einzelnen zwar die Erfüllung seines Begehrens, gibt aber der großen Mehrheit der Sterbenskranken die Gewissheit, nicht vorzeitig aus der Gemeinschaft ausgestoßen zu werden, und sichert deren Recht, bis zuletzt wirksam und einfühlsam betreut zu werden.“ (Kutzer 2005, 75)[690]

> „Nicht zuletzt würde sich auch das Arzt-Patient-Verhältnis verändern, wenn aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid zulässig wären. Die Garantenpflicht des Arztes würde erlöschen, die Zuverlässigkeit der ärztlichen Hilfe zum Wohle des Patienten wäre gefährdet. Patienten könnten nicht mehr länger auf den Arzt vertrauen.“[691] (Arnold 2004, 41)

> „Sterbehilfe – einmal offiziell anerkannt und praktiziert – entwickelt eine Eigendynamik, die sich effektiver Kontrolle entzieht. Diese Situation korrumpiert den moralisch-ethischen Anspruch der Medizin und die Grundlagen unseres Verfassungsstaates.“ (Jochemsen 2004, 249)

> „In Terminalstadien von Krebserkrankungen treten Wünsche, das Herbeiführen des Todes zu beschleunigen, meist erst dann auf, wenn sich die PatientInnen in ihren Beziehungen nicht mehr getragen fühlen.“ (Müller-Busch 2007, 314)

> „Wir halten die Diskussion über eine aktive Sterbehilfe für den Beginn eines kollektiven Burn-Out-Syndroms im Gefolge der enttäuschten Utopie vom sozialen Modell des Menschen und seiner Gesellschaft.“ (Felber/ Wolfersdorf o.J.)

Eine ebenso spekulative Alternativthese: *Ich halte die militante Ablehnung der aktiven Sterbehilfe im Rahmen des „westlichen Lebensschutzsyndroms“ für eine unbewusste kompensatorische Reaktion im Gefolge der Enttäuschung und Scham, die sich aufgrund der Konfrontation der hochgehaltenen abendländischen Ethik bzw. Moral mit der misslungenen globalen Solidarität aufgebaut hat.*

Die populär- und pseudowissenschaftliche Diskussion um die aktive Sterbehilfe wird von Vertretern der Institutionen Recht, Medizin und peripher auch Theologie und Philosophie dominiert. Sie leidet darunter, dass wissenschaftliche Sorgfaltskriterien zu wenig eingehalten wer-

---

[686] Nassehi (2010, 350 f) deutet an, dass öffentliche Sprecher paradoxerweise trotz ihrer sich verbessernden Ausbildung und ‚Kompetenz' immer weniger durch ‚gute Gründe' oder ‚bessere Argumente' wirken, sondern durch permanente Wiederholung erwünschter ‚Wahrheiten' und Ritualisierung, also durch gezielte Anwendung manipulativer Techniken und machtgestützte Selektion.

[687] Ein neues Beispiel unter unzähligen anderen: Der Sterbehilfeartikel des Mediziners und Kirchenfunktionärs Eckhard Nagel in der ZEIT Nr. 31 v. 29.7.2010.

[688] Holody (2011, 158) hat Rahmensetzung und Agenda-Setting von US-amerikanischen Medien bezüglich ärztlich assistierten Suizids untersucht und eine für die Bearbeitung des Themas ungünstige ‚Enge' festgestellt: „ Members of the public must still base their considerations of a very complex issue on a relatively small number of perspectives.“

[689] http://christoph-student.homepage.t-online.de/42853.html

[690] Es handelt sich um eine typische Aussage eines Rechtswissenschaftlers, der sich offensichtlich nie ernsthaft mit Sozialforschung beschäftigt hat.

[691] Vgl. die differenzierte Erörterung zum Arzt-Patient-Verhältnis bei Fenner (2008, 88 ff) und niederländische Untersuchungen (Van der Heide et al. 2007; Jansen-van der Weide et al. 2009).

den (vgl. Wils 2007, 231 ff; Mercier 2012). Die sozialwissenschaftlichen Theorie- und Methodendefizite[692] sind nicht nur bei deutschsprachigen Fachleuten feststellbar, sondern auch bei Wissenschaftlern aus anderen Ländern. Cohen et al.[693] (2006) analysieren die Antworten auf eine Frage aus der European Values Study (1999/2000), deren Wortlaut sie in dem Aufsatz nicht mitteilen, um die Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe in 33 europäischen Staaten zu vergleichen. Sie verschweigen, dass es methodisch bessere Untersuchungen in diesen Staaten gibt und beziehen sich zur Stützung ihrer fragwürdigen Interpretationen im Fall Deutschland auf die Publikationen von Gegnern der aktiven Sterbehilfe. Pereira (2011), ein kanadischer Palliativmediziner, hat zwar viele empirische Studien herangezogen, doch dass die Basis seiner Argumentation nicht stimmig ist, fällt ihm nicht auf. Dass die Daten, die sich auf die Niederlande, Belgien, die Schweiz und Oregon beziehen, ohne vergleichbare Daten aus den Staaten, in denen aktive Sterbehilfe bzw. ärztliche Beihilfe zum Suizid verboten sind, für die Prüfung der ‚Hypothesen', die von ihm mangelhaft operationalisiert und in keinen brauchbaren theoretischen Kontext gestellt werden, nicht ausreichen, ist eine Erkenntnis, die schon nach dem erfolgreichen Absolvieren eines Kurses in empirischer Sozialforschung und Statistik zum Wissenstand gehört.[694] Ein passendes Beispiel aus der politischen Rhetorik:

> „On constate dans ces pays (la Belgique ou les Pays-Bas, KF) une hausse significative des euthanasies clandestines alors qu'il existe une procédure encadrée par la loi" (Jean Leonetti, Ministre des Affaires européennes et médecin, 2012)[695]

Förstl und Gutzmann (2009, 321 f) verwenden nicht repräsentative Studien, die sich auch nur auf spezifische Krankheiten beziehen, um eine allgemeine Norm zu ‚rechtfertigen': „Lebensverkürzende Maßnahmen sind bei Vorliegen bestimmter Erkrankungen also nicht mehr mit dem Hinweis auf eine Erlösung von Leid zu rechtfertigen." Für sie übertrumpft die ‚Außenansicht' des Arztes, der meint, über eine ‚objektivierte Innenansicht' des Patienten zu verfügen, die ‚Außen- und Innenansichten' anderer und des Patienten (!), als er noch über ein ‚differenziertes Inneres' verfügte, also über die biografisch gesicherte ‚Innenansicht' einer Patientenverfügung. Selbstverständlich geben die Autoren für diese metaethische pseudoevidenzbasierte paternalistische Position keine wissenschaftlich oder politisch brauchbare Begründung.

> Ein weiteres Beispiel für die mangelhafte Diskurskultur im deutschen Sprachraum: „Gerade das niederländische Euthanasiegesetz von 2001 sollte eine solche individuell begründete Lebensbeendigung ermöglichen, wobei durch die darin verankerten Sorgfaltskriterien die Gefahr eines Missbrauchs vermieden werden sollte. Allerdings lassen neuere Zahlen befürchten, dass gerade dieses Ziel nicht erreicht wurde und in einer zunehmenden Zahl von Fällen Patienten getötet werden… Diese Entwicklung hat schon jetzt, innerhalb kurzer Zeit, zu einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient geführt. Trotz dieses offensichtlichen Scheiterns des niederländischen Euthanasiegesetzes ..." (Häcker 2008, 155).

Es werden mehrere Behauptungen, aber keine prüfbaren Hypothesen, aufgestellt und es wird diffus auf „neuere Zahlen" hingewiesen, doch es folgen keine Literaturangaben oder präzisen Aussagen. Das „offensichtliche Scheitern" ist von der Autorin wahrscheinlich aus der szenespezifischen Gerüchteküche übernommen, aus der auch folgendes Zitat stammt:
„... mit Michael Wunder sehen wir sowohl den niederländischen als auch den belgischen Versuch, die Euthanasie durch die Legalisierung einzudämmen, als gescheitert an." (Klie/ Student

---

[692] Vgl. zur Methodenkritik der Sterbehilfeforschung Fischer (2006).
[693] Es handelt sich um belgische, niederländische und kanadische Wissenschaftler/innen.
[694] Pereira und die anderen genannten ‚Experten' liefern Beispiele für eine wissenschaftliche Literaturart, die primär zur Bestätigung von normativen Positionen dient. Da dies durch empirische Untersuchungen prinzipiell nicht möglich ist, fallen die professionellen Hemmungen, d.h. die empirischen Untersuchungen werden nur instrumentell und ohne die durch die normale Etikette vorgeschriebenen Prüfungen ausgewählt und interpretiert (vgl. zur Kritik an Pereira: Downie/ Chambaere/ Bernheim 2012).
[695] http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/02/20/01016-20120220ARTFIG00658-hostile-a-l-euthanasie-leonetti-critique-hollande.php

2007, 61) Da die Autoren zusätzlich zu ihrer ungesicherten Interpretation der niederländischen Daten (vgl. die objektiveren Darstellungen in Young 2007, 178 ff; Bayatrizi 2008, 146 ff; Ruß 2002; Wedler 2008, 331 f; Seale 2011; Bosshard/ Materstvedt 2011) keine vergleichbaren verlässlichen Daten aus Deutschland oder anderen Staaten haben, ist die Aussage wissenschaftlich unbrauchbar (vgl. Fitzpatrick 2008, 195). Selbst wenn die Eindämmungs-Behauptung vorläufig belegbar wäre, könnte man die Frage stellen, ob dieses Ziel bedeutsamer ist, als andere von den Gegnern nicht genannten Ziele es sind, die mit der niederländischen und belgischen Regelung verbunden sind. Klie und Student, die die „Euthanasie" verdammen, wollen als Ziel nur eine „Eindämmung" anerkennen, eine Kultivierung erscheint ihnen nicht akzeptabel. Kultivierungsablehnungen findet man häufig in der europäischen Geschichte. Ein Beispiel: In früheren Jahrhunderten wünschten herrschende Kreise nur eine Eindämmung der ‚unerwünschten' Aktivitäten des ‚Pöbels', aber keineswegs eine Kultivierung des ‚Pöbels'.

> „Eine Rechtsordnung, die absichtliches Töten eines anderen als Mittel der Leidhilfe toleriert, mindert den Lebensschutz zum Schaden aller und öffnet Schleusen zur Vernichtung angeblich sinnlosen oder unnützen Lebens" (Kutzer, 1995, 70).

Die folgende alternative Hypothese ist wissenschaftlich zumindest gleichwertig, d.h. beide müssten operationalisiert und geprüft werden, damit sie überhaupt für rationale Entscheidungen relevant würden.

Eine Rechts- und Gesellschaftsordnung, die absichtliches Töten eines anderen als Hilfe zur Selbstbestimmung toleriert und kontrolliert, verbessert den Lebens- und Personschutz zum Nutzen der Mehrheit und öffnet Schleusen für eine Kultivierung des Sterbens.

Um die Problematik noch aus einer anderen Perspektive zu beleuchten, wird die Aussage von Kutzer variiert:

Eine Rechtsordnung, die absichtliches Töten eines anderen als Herrschaftsmittel (z.B. Krieg, Verteidigung des Staates) toleriert, mindert den Lebensschutz zum Schaden aller und öffnet Schleusen zur Vernichtung angeblich staats- oder menschenfeindlichen menschlichen Lebens.

> „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet." (Johannes Rau in einer Rede im Mai 2001)

Wo das Weiterleben eine gesetzlich vorgeschriebene bzw. legitim erzwungene Pflicht ist, werden viele in Organisationen zu einem Leben gezwungen, das sie im Vollbewusstsein und in Situationen, in denen Sie die Macht über ihre Lebensführung hatten, abgelehnt haben.

> „Doch scheint mir das niederländische Gesetz bei aller Anerkennung seines Bemühens um ein humanes Sterben einen Schritt zu weit zu gehen. Ich möchte nicht gern ein Krankenhaus besuchen, in dem nicht nur geheilt, sondern auch getötet wird. Auch die Doppelrolle des Arztes als Heiler und Töter kann dessen Beruf in ein zweifelhaftes Licht rücken. Vor allem kann, wenn die Tötung auf Verlangen zu einer staatlich geregelten, quasi normalen Institution wird, bei hoffnungslos Kranken der Eindruck entstehen, es werde gesellschaftlich oder familiär erwartet, daß er sein Leben aufgebe." (Roxin 2001, 10)

Gegenüber dieser durchaus akzeptablen Perspektive wirkt eine Gegenansicht vielleicht bewusstseinserweiternd (vgl. auch Birnbacher 2005):

Das niederländische Gesetz erscheint mir als Fortschritt auf dem Weg zu einem humanen Sterben. Ich möchte nicht gern ein Krankenhaus besuchen, in dem nur „geheilt" wird, auch wenn keine Heilung mehr möglich ist, und in dem der Patient, auch wenn er nicht mehr mitentscheiden kann oder darf, im Interesse des Personals, aus ökonomischen oder anderen Gründen am Leben erhalten wird. Die Doppelrolle des Arztes als Heiler und Helfer beim Sterben vermittelt dem Patienten das Vertrauen, dass seine vorweg mitgeteilte Verfügung in einer Situation der Hilflosigkeit ernst genommen wird. Wenn die Selbstbestimmung fördernde Patientenverfügungen und aktive Sterbehilfe zu staatlich geregelten, normalen Institutionen werden, erhalten Menschen mehr Sicherheit, dass ihre Selbstbestimmung als hoher Wert aner-

kannt wird. Der gesellschaftliche und medizinische Druck, bis zuletzt, d.h. bis fremde Personen grünes Licht geben, durchhalten zu müssen, wird verringert.

> „Der gesellschaftliche Druck, den wir – vielleicht unmerklich und unbewusst – aufbauen, kann so groß werden, dass sich Menschen aus einem sozialen Verantwortungsgefühl heraus zum Suizid oder zur Euthanasie verpflichtet fühlen könnten.“ (Simon 2007b, 568).

Eine (besser belegte) Alternativannahme:
„Der gesellschaftliche Druck, den Ärzte, Priester, Politiker und andere Funktionäre – merklich und bewusst – aufbauen, ist so groß geworden, dass sich Menschen aus Angst, Ohnmacht und evtl. auch aus sozialem Verantwortungsgefühl heraus zur Hinnahme von Folter und Entwürdigung in Heimen, Krankenhäusern und auch zu Hause verpflichtet fühlen.“ Unter rechtlich-medizinischen Bedingungen, in denen aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid keine anerkannten Optionen sind, wird unvermeidbar (!) Folter[696] und Quälerei ausgeübt[697]. Intensivstationen und Notfallabteilungen sind Maschinen, Akteur-Netzwerk-Käfige, in denen alle Beteiligten gerahmt agieren, d.h. psychisches und soziales Leben und Sterben wird aus der gewohnten Habitus-Feld-Konstellation gerissen und Traumatisierung ist die Regel.

In Krankenhäusern, Heimen, aber auch in Hospizen[698] und Palliativstationen, wird sozialer Druck auf Schwerkranke und Sterbende (und die Bezugspersonen) ausgeübt, das Sterben in organisatorisch und normativ vorgeschriebener Weise zu gestalten bzw. gestalten zu lassen (vgl. Terry et al. 2006). (Palliativ)Medizin verfolgt eine doppelte Disziplinierungsstrategie: Diszipliniert im Sinne Foucaults werden die Körper der Patienten und das Wissen (body of knowledge). Das professionelle Personal vertritt den Dogmen entsprechende Kontrollkonzeptionen, die nur partiell mit den Wünschen und Bedürfnissen der Klienten übereinstimmen (Payne/ Langley-Evans/ Hillier 1996). Verbale und nonverbale Wünsche der Lebens- und Sterbeverkürzung werden ignoriert, uminterpretiert oder anderweitig unterdrückt.

Wenn man von der kleinkarierten Sterbehilfediskussion den Blick erhebt, erkennt man, dass der Bewusstseinsstand von Teilen der Bevölkerung in vielen Ländern (Hendry et al. 2013) und vor allem vieler Vertreter der politischen, ärztlichen und religiösen Eliten in den Niederlanden im Vergleich zu den Machteliten und Kulturfunktionären in den meisten Staaten bezüglich der eigenen Gestaltung des Lebens und Sterbens als fortgeschrittener und differenzierter zu bezeichnen[699] ist (vgl. Rietjens et al. 2006).

These 24: Die Verbote, Diskriminierungen und Privilegierungen, die sich auf aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid beziehen, sind ein Teil der langfristigen Strategie zur Verhinderung von Demokratisierung, Emanzipation, Mündigkeit und Humanisierung. Sie stehen in herrschaftlichem und ideologischem Zusammenhang mit der Erhaltung der Todesstrafe (z.B. in den USA), strengen Abtreibungsgesetzen, Gesetzen zur Anwendung von physischer und symbolischer Staatsgewalt gegenüber vielen Formen des Protestes und Widerstands gegen Willkür, bürokratisierter Demütigung der Unterprivilegierten, Ungerechtigkeit und Freiheitsbeschränkung und nachhaltigen Mängeln der staatlich kontrollierten Teilsysteme.
Diese Zusammenhänge werden kaum erforscht und in den Stellungnahmen der Sprecher der Politik, des Rechts, der Religion, der Medizin und der Wissenschaft entwirklicht.

These 25: Eine Liberalisierung der Tötung auf Verlangen und eine Kultivierung der Beihilfe zum Suizid, wie etwa in den Niederlanden, Belgien und Oregon, haben auf die Tötungs- und Gewaltkultur und auf die faktische Lebensminderung im Vergleich zur Gestaltung der Sozial- und Wirtschaftsgesetzgebung, der Verteidigungspolitik, der Rüstungswirtschaft und der Ent-

---

[696] „'Do you know how disgusting it is to see your body falling apart in bits and pieces' demanded Mayling, '… all I know is this continuous torture. There is no end. Just give me an end … just give me an end'“ (Arbore et al. 2006, 21).
[697] Selbstverständlich ist daraus nicht zu schließen, dass in einem Zustand, in dem aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid rechtlich anerkannte Optionen sind, Folter und Quälerei in den genannten Organisationen völlig verschwinden würden.
[698] Dreßke (2005, 91) meint, „dass auch das Hospiz im Sinne Goffmans totale Institution ist.“ (vgl. Hoffmann 2011, 77 ff)
[699] Die Niederlande haben eine signifikant niedrigere Suizidrate und signifikant höhere Glückswerte als Deutschland.

wicklungshilfe unwesentliche Auswirkungen. Wenn man eine öffentliche *Diskussion über Lebensminderung* nachhaltig und rational führen möchte, dann ist nicht die aktive Sterbehilfe oder die Beihilfe zum Suizid geeignet, sondern die wirtschaftlichen, politischen, rechtlichen und medizinischen Strukturen müssten im Zentrum der Aufklärung und Veränderung stehen.

Die von Funktionären und Experten geäußerten Behauptungen und Szenarien sollten theoretischen und empirischen Prüfungen und anderen Interpretationsverfahren ausgesetzt werden. Bedeutsame und umstrittene rechtliche Regelungen, z.B. § 216 (Tötung auf Verlangen), sollten evaluiert werden.[700] Dies ist jedoch in Deutschland (und anderen EU-Staaten) nicht üblich – übrigens aufgrund eines defizitären Rechtssystems[701].
Die wissenschaftlichen und informationsbezogenen Mängel der Diskurse über aktive Sterbehilfe wären teilweise zu beheben: durch interdisziplinäre Arbeit, empirische Forschung und durch Demokratisierung in Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und anderen Bereichen.[702]

Ein Blick in die Zukunft?[703]
Eine liberale marktförmige transparente Organisation der Sterbehilfe, die allerdings durch eine permanente klientenorientierte Evaluation begleitet wird, hätte folgende Vorteile:

1. Menschen könnten schon in Patientenverfügungen angeben, in welche Organisationen sie gebracht werden sollen, wenn sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind.
2. Es könnte eine Differenzierung der Organisationen erfolgen, um für unterschiedliche Zielgruppen Angebote zu erstellen: konfessionell gesteuert, stark lebensschutzorientiert, Suizid bzw. Beihilfe zum Suizid akzeptierend, der Sterbehilfe gemäß Patientenverfügung bis zur rechtlich vorgegebenen Grenze höchste Priorität einräumend, primär ambulant arbeitend usw.

Ein Problem bei allen Märkten sollte beachtet werden: Maßnahmen, um eine Verstärkung der sozialen Ungleichheit zu verhindern, sind erforderlich. Dies trifft auch auf das gegenwärtige Sterbehilfesystem zu.

Terminale Sedierung

Terminale Sedierung ist eine starke Manipulation des psychischen Sterbens, die wahrscheinlich auf Zustimmung bei vielen Betroffenen stößt, d.h. sie wollen physisch und psychisch möglichst schnell sterben, also aktive Sterbehilfe erhalten, doch es wird ihnen nur zugestanden, dass sie psychisch (fast?)[704] wunschgemäß getötet werden, also psychische Euthanasie erhalten. Der Wunsch, psychisch oder sozial schneller zu sterben ist also gemäß der vorherrschenden Interpretation vieler Rechtssysteme legitimer als der Wunsch, physisch schneller zu sterben – dank der Differenzierungsmängel der Rechtssemantik.

---

[700] „Die Annahme, dass der Erfolg sozialer Kontrolle ohne gründliche langfristige Evaluation feststellbar sei, zeugt von wissenschaftlicher Naivität und politischer Verantwortungslosigkeit.“ (Feldmann 2004a, 189)

[701] Ein eher peripherer konkreter Beleg: Die deutsche Gesetzgebung zur Organtransplantation und –spende fördert den internationalen illegalen und menschenschädigenden Organhandel (vgl. Breyer et al. 2006). Bedeutsamer: Evaluation und sozialwissenschaftliche Methodologie sind in den juristischen Curricula nicht obligatorisch verankert. Noch bedeutsamer: Die überwiegende Mehrzahl der Staatsbürger sind bei der inhaltlichen Gestaltung des Rechts nicht demokratisch in einem Common-Sense-Verständnis beteiligt.

[702] Freilich ist die Mangelsichtweise perspektivisch: Hier wird eine international dominante wissenschaftliche Sichtweise hervorgehoben. Doch die politischen, ökonomischen, medizinischen und religiösen Herrschaftsgruppen sehen dies selbstverständlich aus anderen Perspektiven.

[703] Wie hoch in 20, 40 oder 70 Jahren der Anteil der Personen in verschiedenen Regionen sein wird, der selbstbestimmt sterben wird (Suizid, Beihilfe zum Suizid, aktive Sterbehilfe), lässt sich derzeit nicht annähernd bestimmen. Insofern sind auch Hochrechnungen, die sich aus den derzeitigen Daten ergeben, kaum aussagekräftig. Die Erzkonservativen lehnen das selbstbestimmte Sterben bekanntlich uneingeschränkt ab, ‚liberale Konservative' weisen auf die Zahlen von Oregon hin, um ihre Annahme der ‚verschwindend geringen Anzahl' zu stützen. Die ‚ängstliche Sensibilität', dass die Zahlen ‚hochschnellen' könnten, steht in merkwürdigem Gegensatz zur Coolness dieser Experten gegenüber der Biothanatogewalt der von ihnen gestützten politischen und ökonomischen Systeme.

[704] Das „fast“ bedeutet auch, dass Folter nicht ausgeschlossen ist.

Terminale Sedierung wird in offiziellen deutschsprachigen Stellungnahmen strikt von aktiver Sterbehilfe abgegrenzt (vgl. Müller-Busch 2004; Simon 2006, 462 ff; Neitzke et al. 2009, 190), doch die Stufe II (tief-kontinuierliche Sedierung nach Neitzke et al.) kann von Betroffenen als aktive Sterbehilfe[705] gedeutet werden, d.h. die Person wird in einen Dauerschlaf versetzt und wenn sie rechtzeitig und ‚wirksam'[706] ihren Wunsch mitgeteilt hat, dass sie keine künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr erhält, dann kann sie auf einen baldigen und wahrscheinlich ‚friedlichen' Abschluss des Sterbeprozesses hoffen. In Belgien und den Niederlanden besteht für viele in diesem Sterbebereich praktizierende Ärzte kein bedeutsamer Unterschied zwischen aktiver Sterbehilfe und Sedierung (Seymour et al. 2015, 57; Seale et al. 2014).
Die Bemühungen, Sedierung gegenüber aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid stark abzugrenzen, führen zu eigenartigen paternalistischen Aussagen:

> „Die Möglichkeiten der Sedierung sind in der gesellschaftlichen Diskussion vor einem Anspruchsdenken im Sinne prinzipieller Leidvermeidung und einer Delegation des selbstverantwortlichen Umgangs mit dem Sterben an die Medizin[707] zu schützen" (Neitzke et al. 2010, 145).

Terminale Sedierung wird von den meisten westlichen Rechtssystemen wohlwollend beurteilt, von Patienten akzeptiert (vgl. Seymour et al. 2002) und von Ärzten häufig angewendet, u.a. weil sie Bestrafung vermeiden hilft, obwohl Sterbeverkürzung[708] und –erleichterung angeboten wird. Die terminale Sedierung ist eine pragmatische Problemlösung[709] in einer Gesellschaft, in der Personen bestraft werden, die Sterbeverkürzungswünsche äußern, und Bezugspersonen von erfolgreich abweichend Sterbenden (Suizid etc.) stigmatisiert werden.

In den Niederlanden und wahrscheinlich auch in vielen anderen Ländern wird die terminale Sedierung in zunehmendem Maße aufgrund ihrer Kompatibilität mit herrschenden Normierungen eingesetzt.

> "…a Dutch study has established that many physicians who use palliative sedation do so with the conscious intention of ending their patients' lives, inducing a coma and withholding life-sustaining treatment as a form of "slow euthanasia" [16] that is more acceptable to them and to their patients' families than direct euthanasia [35]" (Baumann et al. 2011, 4).

Die terminale Sedierung als eine Form der ‚aktiven Lebens- und Sterbehilfe' sollte auf jeden Fall durch weitere von den Klienten gewünschte Formen ergänzt werden.[710]

Gewagte Deutung der terminalen Sedierung

Die terminale Sedierung kann mit der Haltung der Regierungen und wohlhabenden Menschen in den reichen Staaten gegenüber den *Schattenmenschen*[711], die vor ihrer physischen Tötung symbolisch vernichtet werden, analogisiert werden. In beiden Fällen geht es um professionelle und hoch elaborierte Verschleierung der Tatsache, dass ehrenwerte Personen in gut bezahlten Positionen töten müssen, dass sie Leben und Tod produzieren. Die ‚Enttötung' durch terminale Sedierung, die gleichzeitig als ‚evidenz-basierte Naturalisierung' (vgl. Raus / Sterckx / Mor-

---

705 Die abschätzige Ansicht von manchen Experten, dass „die Menschen" eben nicht Bescheid wüssten, wird von anderen Experten als Beweis für den mangelhaften Expertenstatus dieser „Menschenverächter" angesehen.
706 ‚wirksam' ist abhängig von autoritären juristischen und medizinischen Entscheidungen und anderen Faktoren.
707 Dies kann so interpretiert werden: Nur der ordnungsgemäß mangelhaft kultivierte Suizid enspricht dem „selbstverantwortlichen Umgang mit dem Sterben".
708 Entscheidend für viele ist die Verkürzung des psychischen und nicht unbedingt des physischen Sterbens, denn dieses erfolgt fremdgesteuert: Organisation, professionelles Personal, Bezugspersonen.
709 Hiley (2008) schlägt vor, dass man in der gegenwärtigen Situation des internationalen Euthanasiekonflikts den Handlungsschwerpunkt auf diese pragmatische Problemlösung legen sollte. Allerdings ist es eine ressourcenverbrauchende Problemlösung und mit dem Risiko behaftet, dass zusätzliches Leid verursacht wird.
710 Vgl. zu einer von einer Perspektive des selbstbestimmten Sterbens geprägten Kritik an der terminalen Sedierung Dahl (2006b).
711 Der Begriff *Schattenmenschen* regt zum Nachdenken an. Meine Operationalisierung: die mehr als 20000 (?) Menschen, die täglich an Unterernährung und vermeidbarer Gewalt sterben – von der Aufmerksamkeit einer sport- und finanzbegeisterten kultivierten und zivilisierten technisch hochentwickelten und vielfältig interessierten ‚Weltöffentlichkeit' unbelästigt.

tier 2011) und (säkulare) Sakralisierung auftritt, hängt mit der erfolgreichen internen sozialen und psychischen Gewaltabwehr und mit der Humansensibilisierung (formal: Anerkennung der Menschenrechte) zusammen. Sie ist also ein moralisch und ethisch hergestellter kollektiver Abwehrzauber, der freilich selbst wieder auf seine Leben-Tod-Steuerung und –produktion hin zu untersuchen ist. Die damit verbundene rhetorisch ausgefeilte Reflexionsvermeidung und –hemmung arbeitet mit den gleichen Codes, mit deren Hilfe Ausbeutung und Auslagerung von Gewalt und Töten verfeinert und perfektioniert werden.

Suizid[712]

Ich beginne mit einem Beispiel aus der „wissenschaftlichen" Literatur zur Suizidologie, das die Doxaleitung und die Missachtung von elementaren wissenschaftlichen Regeln beleuchtet:

> „Suizidäußerungen und -handlungen sind nicht das Ergebnis einsamer Entscheidungen, sondern die Zuspitzung einer krisenhaften Entwicklung, die durch professionelle Hilfe aufgelöst werden kann." (Manfredini 2014, 7)

Derartige komplexe Sätze werden in der Fachliteratur meist ohne ausreichende theoretische und empirische Fundierung als „Wahrheiten" angeboten. Was sind „einsame Entscheidungen"? Wie steht es um Ergebnisse nicht-einsamer Entscheidungen? Wie können „krisenhafte Entwicklungen" „aufgelöst" werden? Wer entscheidet, ob, in welchem Ausmaß, in welcher Form und mit welchen Zielen sie aufgelöst werden sollen? Derartige Fragen werden nicht gestellt und folglich auch nicht beantwortet. Stattdessen herrschen ritualisierte Annahmen und Praktiken vor, die zur Aufrechterhaltung professionell-bürokratischer Strukturen dienen.

Allerdings sind derartige Definitionen den völlig unbrauchbaren aus den provinziellen Elfenbeintürmen vorzuziehen. Ein Beispiel:

> „… daß der Selbstmord in seiner Innenansicht als nicht nur paradoxale, sondern auch als, sei es „unbedingte", sei es „verzweifelte" Tat eigentlich öffentlich niemals darstellbar sein kann; als umfassendes Dementi eines möglichen Selbst- wie Weltverhältnisses handelt es sich vielmehr um eine Art Kontraktion in die Extensionslosigkeit hinein, die man als solche auch ernstnehmen und nicht künstlich wieder zurücknehmen sollte" (Hoffmann 2015, 284).

In diesem Text werden eine Reihe von wissenschaftlichen und professionellen Etiketten und Grenzsetzungen verletzt. Ein Kapitel über Suizid gehört eigentlich nicht in einen thanatologischen Text. Konforme Überblickswerke sparen den Suizid aus, z.B. Howarth 2007, Clavandier 2009. Die Suizidologie, im Wesentlichen ein Anhängsel eines Anhängsels (Psychiatrie) des medizinischen Systems, legt Wert auf Abgrenzung und Exklusion, hat ihre eigenen Journale und Lehrbücher und kümmert sich nicht um allgemeine thanatologische Theorien und Untersuchungen.

Für den Gebrauch und die institutionellen Festlegung von Begriffen wie psychische Krankheit, Suizid, Suizidalität, Freiheit (Mündigkeit) etc., fehlen gut gestaltete Bildungs- und Wissenschaftsprozesse. Die über Herrschaft durchgesetzten ‚Operationalisierungen', ‚Theorien' und Verfahrensweisen werden weniger durch die Codes Wahrheit und Partizipation als durch die Codes Macht und Profit bestimmt.

> "… acts of intentional, fatal self-harm are most frequently immediately positioned as indicators of the pre-existence of particular pathological identities … in what Marsh (2010, p. 85) refers to as a 'compulsory ontology of pathology'. Moreover, such deaths are now most frequently located within simplistic modernist binaries: suicide/not suicide, sane/mentally ill – all neatly packaged for the effective administration of death" (Tait et al. 2015, 236).

[712] Eine kürzere und leicht veränderte Fassung dieses Kapitels liegt in englischer Sprache vor: Feldmann 2014b.

Im Altgriechischen und in Latein gab es keinen umfassenden Begriff wie er heute in allen hochentwickelten Sprachen existiert: Suizid (van Hooff 1990; Marsh 2010, 79 f). Die ‚Sache' war zersplittert und wurde je nach Kontext unterschiedlich versprachlicht. Dadurch war auch mehr Flexibilität möglich, um sich mit der Sache zu beschäftigen. Der international gepanzerte Begriff Suizid, herrschaftlich geschützt und professionell bewacht, transportiert und suggeriert Einengung, Pathologisierung und Entmündigung. Paradoxerweise diagnostizieren die professionellen Suizidologen und Psychiater diese Einengung in und an ihren Klienten, nicht an sich selbst – und nicht an denen, die Suizid dogmatisch als Option für sich ausschließen.

> "The stories we tell about acts that come to be labeled as suicidal are influenced by the impoverished language and conceptual apparatus that is available to us. In most "suicide talk" whether among professional or lay people, the whole range of acts engaged in by those whose behavior is actually or potentially self-destructive are subsumed under the umbrella concept suicide and a few variants: parasuicide, attempted suicide, failed suicide, and threatened suicide, along with expressions like "cry for help." This poverty of language and concepts reflects rather a limited model of suicidal self-harm in which fine distinctions are not made, even in theory, perhaps because they are difficult to make in practice. It is misleading and unhelpful in deciding upon courses of action in relation to those who act in actually or potentially self-destructive ways or are thought to be at risk of doing so" (Fairbairn 1998, 157).

Das Feld der selbst- und fremdzerstörerischen Handlungen und Ereignisse wird noch immer mit einem veralteten wenig reflektierten Begriffs- und Theorieinventar bearbeitet: Selbstmord, Mord, natürlicher Tod, Unfall etc. Unter vielen Nutzern dieses semantischen Feldes ist die Illusion verbreitet, dass Suizid ein homogenes und damit klar zu bewertendes Phänomen sei.[713]

> „Diese fatale Komplexitätsreduktion begünstigt Simplifizierung und Ideologisierung des Suizids, die nicht nur im Mediendiskurs sondern auch in den Schriften von Juristen, Medizinern, Theologen und Psychologen zu finden sind. Vor allem wird dadurch die Minderheit der Suizide, die eine positive Kultivierung für einen Teil der Menschen darstellen könnten, in der Mehrheit der leicht zu medikalisierenden Fälle ‚ertränkt'." (Feldmann 2010d, 179)

Der Begriff Suizid oder Selbsttötung wird in rechtlichen, philosophischen, theologischen und anderen Diskursen zu wenig differenziert, während Fremdtötung z.B. in Totschlag, Mord, Todesstrafe, Krieg, Notwehr, Gewaltanwendung mit Todesfolge, Tötung auf Verlangen usw. untergliedert wird. Die Fallstruktur, die Kontexte und die Weltbilder sind höchst heterogen und somit führt der Begriff Suizid aufgrund der Heterogenität der Ereignisfelder zu großen Schwierigkeiten bei der Theoriebildung. Außerdem werden der Suizid und sein Mainstream-Diskurs von den Doxahütern (Meinungsführern) aufgrund eines eingeschränkten Akteurmodells entkontextualisiert[714]. Die einem Suizid vorhergehenden psychosozialen Ereignisse werden als getrennte Konzepte und Variablen operationalisiert und die kommunikative und interaktive Prozess- und Feldstruktur wird durch simple Kausalmodelle ‚dekonstruiert'. So behaupten die meisten Suizidexperten aufgrund der Missachtung methodischer und methodologischer Differenzierungen (vgl. Hjelmeland et al. 2012), dass die überwiegende Mehrzahl der Suizide durch psychische Erkrankung ‚verursacht' werde.[715] Dies ist jedoch eine durch die Operationalisierungsprobleme des Begriffs ‚psychische Erkrankung', die normalen Diagnosemängel und andere Bedingungen nur scheinbar gut bestätigte hypothetische Annahme oder Sichtweise[716].

---

[713] Noch vor drei Jahrzehnten versuch(t)en die meisten Suizidologen und Psychiater solche Einwände mit dem Holzhammerargument, dass schließlich (*fast*) *alle* Suizide durch psychische Krankheit, vor allem Depression, verursacht seien, zu entkräften.

[714] Die reduktionistischen wissenschaftlich hochrangigen kontext-, theorie- und kulturabstinenten Definitionsversuche kann man z.B. bei Silverman (2011) studieren.

[715] Formulierungen entlarven diese Sichtweise als nicht primär wissenschaftlich, sondern als professionellen Dogmatismus und herrschaftliche doxa: „The conventional wisdom that suicide is almost always the outcome of mental illness …" (Phillips 2010, Abstract).

[716] Eine alternative Sichtweise würde den ‚Suizid' als perspektivisch zu beschreibenden mittel- oder langfristigen Prozess ansetzen, wobei z.B. ‚psychische Erkrankung' als grobes Instrument oder Mittel zu Zwecken der Erklärung in eingegrenzten Handlungs- und Wissenschaftsfeldern eingesetzt wird, also wissenschaftlich nicht zur Ursache des Suizids ‚gemacht' wird.

Allerdings wird sie von führenden Suizidologen und Psychiatern als ‚große Wahrheit' verkündet und Autorität, Macht und Kapitalakkumulaton sind in der Fremdmittelwissenschaft meist bedeutsamer als kritische kognitive und wissenschaftliche Diskurse[717]. All dies bekräftigt die Vermutung, dass der scheinbar objektive und damit unbezweifelbare semantische Saurier Selbstmord bzw. Suizid hauptsächlich als Professions- und Herrschaftskonzept dient und seine wissenschaftliche und kontextspezifische Brauchbarkeit[718] immer geringer wird – was sich freilich auf die Finanzierung und Anerkennung der Suizidologie durch Kapitalträger eher günstig auswirkt.

Die Selbsttötung – ein soziosemantisches Wunderland – wurde in der westlichen Kultur immer in die Zange genommen: Politik, Recht, organisierte Religion, Medizin bzw. Psychiatrie sind die wichtigsten Institutionen und Subsysteme, die sanktionsbewehrte Rahmen setzen, Diskurse vorschreiben und symbolische und auch polizeiliche Gewalt einsetzen. Die Emanzipationsbestrebungen der kapitalmäßig krass unterlegenen schwach organisierten und heterogenen Gegner dieser militanten Wahrheitsherrschaft hatten aufgrund von Kämpfen zwischen den mächtigen Gestaltern der Diskurse und Praktiken partielle Erfolge, die freilich immer wieder gefährdet sind, da die Disziplinierung und Kasernierung des Suizids und seiner nonkonformen Interessenten nach wie vor auf der Agenda mächtiger konservativer Gruppen und Organisationen steht.

> „… a contemporary ‚regime of truth', one centring on a compulsory ontology of pathology in relation to suicide" (Marsh 2010, 4).

Eine Person, die überdurchschnittlich mit körperlichem, ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital ausgestattet ist, tötet sich in der Jugend (Selbstmord). Eine andere sehr alte Person, deren Weiterexistenz sowohl für sie selbst als auch für andere Menschen die Lebensbilanz eindeutig negativ gestaltet, sieht das Hauptziel darin, ihr eigenes physisches Leben ohne Einschränkung zu verlängern (Selbstvergötzung?). Dies ist nur eine Auswahl aus der erstaunlichen Vielfalt menschlicher Lebens- und Sterbegestaltung. Wie ärmlich, medikalisiert und unkultiviert stehen die Begriffe Selbstmord, Suizid, Freitod, Selbsttötung und ihre Gralshüter in der soziosemantischen Landschaft der multikulturellen Weltgesellschaft!

These 26a: Der heutige Umgang mit Suizid (und Lebensminderung generell) in Expertendiskursen und –praktiken ist mit dem bürgerlichen Umgang mit Sexualität im 19. Jahrhundert zu vergleichen: Einerseits reflexionsarme überwachte Thematisierung und Prüderie andererseits mangelhaft kultivierte und entsprechend brutalisierte soziale Praxis, vor allem jedoch große unerforschte Gebiete.[719]

In diesem Zusammenhang kann nicht auf die kritische Betrachtung der historisch, kulturell und sozial bedingten Formen des Umgangs mit dem Suizid und damit auch der Beihilfe zum Suizid eingegangen werden (vgl. Baechler 1981; Baumann 2001; Bayatrizi 2008; Feldmann 2010d, 192 ff; Marsh 2010). In der folgenden Argumentation wird vor allem auf die wissenschaftliche und professionelle ‚Behandlung' des Suizids und der von dieser ‚Krankheit' Besessenen eingegangen. Doch sollte noch die staatliche und herrschaftliche Rahmung kurz beleuchtet werden, ohne die die Suizidologie ihr Werk nicht in quasifundamentalistischer Weise

---

Suizidaler Prozesse und Ereignisse könnten unterschiedlich wissenschaftlich erklärt und gesellschaftlich genutzt und bewertet werden. Allerdings werden alternative Sichtweisen an Universitäten häufig nicht zugelassen oder ‚geahndet', so dass das Konstrukt der psychischen Erkrankung sich auch bei den ‚Laienprofessoren' anderer Fächer (Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaft etc.) großer Anerkennung erfreut.

[717] Soziologische Theorien und Interventionsansätze werden scheinbar einbezogen, d.h. sie werden in den Lehrwerken genannt oder dürfen auch differenziert auftreten (z.B. Mäkinen 2009), doch sie ‚schrumpfen' in der staatlich oder kirchlich gestützten Suizidprävention.

[718] Die ‚wissenschaftliche Brauchbarkeit' wird intradisziplinär von WissenschaftsführerInnen autoritär festgelegt, so dass Wissenschaft in vielen Bereichen, z.B. in der Suizidologie, ein System zur Innovationsverhinderung ist.

[719] Ein kleiner Hinweis auf die kulturelle Verklemmung: Bei Google Scholar gibt es keinen brauchbaren Treffer für „future of suicide" aber eine Menge an verwendbaren Ergebnissen für „future of death" oder „future of rugby".

vollziehen könnte. Der moderne Staat hat Teile der traditionellen Moral und Herrschaftsideologie übernommen und lässt sie von Institutionen (Recht, Bildung, Medizin, Sozialarbeit etc) verwalten.

> „Laws against suicide or assisted suicide thus represent coercive action by the government that imposes the rules of a particular morality, one that derives from religion, over another morality with more secular derivations" (Rubin 2010, 811).

> "Moral constructions of suicide are deliberately avoided (or erased) in the science of suicide and yet morality persists, little or imperfectly acknowledged, in its practices" (Fitzpatrick/ Hooker/ Kerridge 2014, 1).

Die wissenschaftliche Literatur zum Suizid hat quantitativ gigantische Ausmaße erreicht. Wer wagt hier noch eine Beurteilung? Auf jeden Fall werden die offiziellen Suiziddiskurse durch eine medizinisch-psychologische Sicht mit eindeutiger Krankheitsfixierung eingeengt. Es existieren zwar wahrscheinlich weltweit höchst unterschiedliche Perspektiven in den Köpfen der Menschen, doch sie haben gegenüber dieser professionellen staatsgestützten Sichtweise kaum Durchsetzungschancen. Man kann also von einer inzwischen globalisierten Hegemonie, Orthodoxie und Monopolanschauung sprechen, wobei Wissenschaftlichkeit als Legitimationskriterium missbraucht wird. Bei den meisten Experten für das Thema Suizid kann man Krankheitswahn diagnostizieren, bewusstes und unbewusstes zwanghaftes Denken, Sprechen und Schreiben, professionelle Deformation, Mimen von Vorurteilsfreiheit und Objektivität, Inkompetenz im Umgang mit kognitiver Dissonanz, verzerrte Informationsverarbeitung und Reflexionsschwäche.

Thomas Joiner – im Netzwerk der Suizidologie oder kritischer Dogmatismus

Der amerikanische Suizidologe Joiner (2010) hat Mythen über den Suizid in einem Buch beschrieben. In bewundernswerter Weise versucht er viele Mythen oder Hypothesen über den Suizid zu widerlegen bzw. in ihrer Bedeutung einzuschränken. Dies ist ein Unterfangen, das aufklärend wirkt und kritisches Denken fördert. Doch seinen eigenen Mythos lässt er unhinterfragt. Damit ist nicht seine Theorie gemeint, die auf drei zentrale Ursachen von Suizid fokussiert, auf mangelnde Furcht vor Schmerz und Tod, in der Regel durch Gewöhnung hergestellt, auf das Gefühl eine Last für andere zu sein und auf das Gefühl der Isolation oder Entfremdung (Joiner 2005). Sein Mythos besteht erstens in der bedingungslosen Akzeptanz der doxa seiner Profession: Suizid wird immer durch psychische Erkrankung verursacht. Zweitens werden diejenigen, die den Suizid vermeiden, als rational, prosozial, natürlich, moralisch gut etc. stereotypisiert, wobei diese Stereotypisierung der Nicht-Suizidenten dem Sender und den Rezipienten der Botschaft suggeriert wird. Die Vielfalt der Motive, sozio-kulturellen Lagen, psychischen und sozialen Bedingungen und sonstigen Faktoren wird in diesem falsifikationsgeschützten Professionskern eingeschmolzen, um den bedingungslosen, feldstützenden und kapitalvermittelnden Kampf gegen den Suizid zu rechtfertigen. Das zwanghafte geschlossene Weltbild erschließt sich in folgendem Zitat, das im Kontext einer kurzen Diskussion des assistierten Suizids verortet ist: „And so I am prepared to defend the view that 100 percent of suicides are characterized by the combination of learned fearlessness, perceived burdensomeness, and profound alienation from others, and that these factors, in turn, arise from underlying mental disorders …" (Joiner 2010, 193).

Suizidologie ist inzwischen eine zentrale Institution für Ideologieproduktion und –stützung. Nicht die suizidologischen Exzellenzen, z.B. in Deutschland Wolfersdorf, Bronisch, Felber, Schmidtke und Teising, sondern Bayatrizi (2008), Lester und Marsh (2010) liefern Erkenntnisse über die Entwicklung und Herstellung dieser funktionärsgestützten psychiatrischen ‚Wahrheitsherrschaft' und über den Suizid als interkulturelles und transdisziplinäres Phänomen. Die Suizidexzellenzen dagegen bewerben ihre Basisideologie als universalistisch, alter-

nativenlos, evidenz-basiert[720], feldbeherrschend, politisch und ökonomisch neutral, sie dominieren die Diskurse in der Fachliteratur, in edlen Teilen der Medien und in den Wissenschaftsbereichen, die sich mit dem Thema beschäftigen. Dogmatische Aussagen und Bekenntnisse werden von den prominenten Feldspielern erwartet:

> "Suicide at any age is a tragedy for the individual, his or her family and friends, and the communities of which they are a part" (Conwell/ Van Orden/ Caine 2011, 1).

Dass der normalisierte wissenschaftliche und hochkulturelle Umgang mit Suizid reflexionsarm ist, lässt sich z.B. an der Scheuklappenethik, die von vielen professionellen Suizidexperten weitgehend anerkannt wird, erkennen.

> „There are two dominant philosophical paradigms in suicidality: the Kantian and Utilitarian perspective … According to the Kantian perspective, a person is a rational agent with autonomy of will, and suicide is a violation to one's duty to himself or herself … The Utilitarian perspective considers the consequences of the suicide, including the impact of family members, others, and larger society, in determining the moral or ethical judgment of the action" (Worchel/ Gearing 2010, 5).

Ein weiteres Beispiel für Reflexionsarmut und eine schlichte Missachtung des state of the art der internationalen wissenschaftlichen Diskussion zu ethischen Fragen im Zusammenhang mit Suizid:

> „… dass ungeachtet aller möglicherweise vorhandenen Wohlerwogenheit der Suizid eine ungeheuerliche Tat bleibt, die aktive Tötung einer menschlichen Person. So verständlich ein Suizidwunsch sein mag, so deplatziert eine moralische Verurteilung von Suizidenten und Suizidwilligen auch ist, so dilemmatisch sich die Situation anfühlen mag, in die sich ein Arzt mit dem Wunsch nach Suizidassistenz gestellt sieht – der Suizid und damit auch die Suizidassistenz laufen einer fundamentalen Lebensbejahung zuwider, die man als wesentliches Element eines wünschenswerten gesellschaftlichen Zusammenlebens bewerten kann" (Kipke 2015, 145).
>
> Verräterisch sind die affektiven und suggestiven Worte: ungeheuerlich, fundamental, wesentlich.

Eine zweite Beobachtung betrifft die reduktionistische (Meta)Theorie des Suizids, die in der Fachliteratur anzutreffen ist. Ein Beispiel, das sich auf die Gruppe der Patienten ‚am Lebensende' bezieht:

> „Doch bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten liegt der Grund für einen Suizid nicht in der freien, selbstbestimmten Entscheidung, sondern in einer, oft behandelbaren, psychischen Störung" (Vollmann et al. 2008, 205).

Offensichtlich liegt dem Argument eine simple ‚Theorie' zu Grunde: Ein Suizid wird entweder durch eine freie Entscheidung oder durch eine psychische Störung bewirkt. Missachtet wird von den Autoren, dass die medizin- und herrschaftskonforme Operationalisierung der Begriffe Suizid, psychische Störung, Selbstbestimmung und Entscheidung und die durch interessengesteuerte ‚Forschung' ‚bestätigte' ‚Theorie' partikulare Konstrukte sind, die in Konkurrenz zu alternativen Theorien stehen, deren Entwicklung und Verbreitung von den Kapitalgebern behindert und deren Vertreter ignoriert oder ausgegrenzt werden.

Eine weitere Beobachtung zur Reflexionsarmut und professionellen Ignoranz der Suizidexperten sei noch hinzugefügt. Ausgewählte Gegner im Bereich der Kunst und der Medien werden in Hochschriften vorgestellt, um Toleranz und Offenheit zu simulieren. Vor allem Jean Améry ist als Proponent des Freitoddiskurses sehr beliebt (vgl. Eichinger 2010, 125 ff). Es wird ein den Vertretern der Felder der Medizin und der Macht genehmer Gegendiskurs konstruiert.

> "However, the glorification of suicide – suicide as rebellion and opposition against the dominant values of society – may also be found in popular culture in the 20th and 21st century, such as rock music and film. The glorification of individual resistance communicated by pro-suicide messages on the

[720] Die Evidenz-Basierung wird auf wissenschaftstheoretisch und methodologisch niedrigem Niveau betrieben.

internet today may be traced back to Stoicism and Romanticism, albeit in new forms and with new adversaries" (Westerlund 2012, 766).

Im Gegensatz zu dieser sehr eingeengten Bereitschaft, einen Gegendiskurs ‚wahrzunehmen', werden bedenkenswerte wissenschaftliche Beiträge zu einem anderen Verständnis von Suizid, z.B. von Thomas S. Szasz, David Lester[721], Jack Douglas, Ursula Baumann oder Dagmar Fenner, in den Fachschriften und in der Ausbildung ignoriert[722], da sie mit der vorgeschriebenen Suizidmodellierung und –ökonomie nicht kompatibel sind. Trotz dieser professionellen und staatlichen Unterdrückung von alternativen Perspektiven werden diese in der Bevölkerung in vielfältiger Weise repräsentiert und realisiert. Durch mehrdimensionale Selbst- und Fremdzensur und Unterdrückung werden diese Welt- und Lebensbilder allerdings nicht nur symbolisch lebensgemindert. In wenigen Fällen gelangen derartige kultivierungsfördernde Botschaften in die überwachte Öffentlichkeit, dann werden sie von den in der Öffentlichkeit zugelassenen Sprechern und Volksbildnern unter Vorurteilen, Fehlwissen, Unmoral, Irrationalität und Krankheit abgebucht und die Botschafter werden stigmatisiert.

Viele medizinisch orientierte Suizidexperten, z.B. Konrad Michel, vertreten die spekulative These, dass fast alle Suizidenten den Suizid in einem Bewusstseinszustand durchführen, der als tranceartig, affektiv dominiert und irrational zu bezeichnen ist. Selbst wenn diese These in der Mehrzahl der Fälle zuträfe, würde sie für eine differenzierte Aussage über die Gesamtrationalität des Suizids nicht ausreichen. Doch Reflexion und kritische Argumentation wirken in der Suizidologie statusschädigend (paradigm-induced blindness).

These 26b: Suizid ist ein gesellschaftliches Kampffeld in den hochentwickelten Regionen, das zum ständigen Ärger von Vertretern mächtiger Institutionen, vor allem der Medizin, des Staates, der Religion und des Rechts, nicht so gut im professionellen Griff gefangen ist wie das Feld der Krebskrankheiten oder der Geburt.

"The ultimate threat to a legal order built on death control is the individual who refuses to accept law's prohibition and seeks to self-style her death" (Hanafin 2009, 85).

Die strafrechtliche Verfolgung von Suizidenten ist zwar aufgehoben, doch in den meisten Staaten werden Personen bestraft, die sich ohne staatliche bzw. professionelle Legitimation an der Gestaltung eines Suizids beteiligen. Außerdem wird auch bei formeller Straffreiheit wie in Deutschland nach wie vor Ausgrenzung, informelle Bestrafung, Medikalisierung, Stigmatisierung[723] und Mystifizierung gefördert, von Experten (Psychiatern, Suizidologen, Juristen etc.)[724] und von Kulturschaffenden (Literaten, Journalisten etc.). Die Betroffenen – wenn man Suizidalität als Gesamtphänomen betrachtet, sind das relativ viele Menschen – schweigen in „doxischer Unterwürfigkeit" (Bourdieu)[725] bzw. ihre kommunikativen Aktionen versanden, ausge-

[721] Kein deutschsprachiger Professor der Suizidologie oder Psychiatrie wagt es, so zunftkritische Texte zu veröffentlichen wie David Lester.

[722] Es handelt sich um normalen Ostrazismus, der häufig in der Wissenschaft eingesetzt wird, um Konkurrenten oder Gegner des dominanten Paradigmas ‚sozial zu töten' (vgl. Case/ Williams 2004). Man ignoriert sie. In den nationalen Suizidologien ist keineswegs ein traditionelles Paradigma zu finden, sondern eine bunte Pluralität mit einigen wenigen Dogmen, deren Anzweifeln zum Totalausschluss führt.

[723] Dass die Stigmatisierung in den vergangenen Jahrzehnten ziemlich konstant geblieben ist, hat eine Untersuchung nachgewiesen (Sudak et al. 2008).

[724] „Jeder Suizid ist einer zu viel", sagte der Suizidforscher Prof. Manfred Wolfersdorf in Bayreuth. http://www.nordbayern.de/nuernberger-nachrichten/weltspiegel/jeder-suizid-ist-einer-zuviel-1.155740

[725] *Silencing* wird sozial hergestellt, wobei Professionelle in medizinischen und Pflegeberufen diese Kompetenz unter den geltenden strukturellen Bedingungen benötigen (vgl. Taket/ Foster/ Cook 2009). Die Reflexionsvermeidung und psychische Belastung wird ihnen durch die Scham und den Unterwerfungshabitus der Klienten erleichtert. Ein Nachweis für das Silencing ist die Tatsache, dass nur eine Minderheit der Suizidenten schriftliche Botschaften hinterlässt, nach Untersuchungen in den USA 10 - 43 % (Pestian, Matykiewicz, & Linn-Gust, 2012).

wählte werden durch die Filter und Transformatoren der Medizin, der Medien[726] und anderer moderner Zensurinstanzen gepresst[727].

Widerstand gegen die Pathologisierung, Medikalisierung und Entwertung des Suizids wurde und wird in der Regel von Außenseitern durchgeführt und von den würdigen staatlich und ökonomisch gestützten Exzellenzen ignoriert und symbolisch vernichtet. Die Personen und Gruppen, die Widerstand leisten, werden in Superkranke, Verbrecher und in abweichende Hochkulturelle eingeteilt. Abweichende Hochkulturelle sind Literaten, Künstler und Intellektuelle, denen gelegentlich eine ‚moderierte' Auftrittsnische gewährt wird, wodurch die Aus- und Abgrenzung gegenüber den ‚Normalbürgern' erleichtert wird. Außerdem wird ihnen das Irrationale und Romantische zugeschrieben, während die Suizidwächter in weißen Kitteln für Wissenschaft, Rationalität und Professionalität zuständig sind und kapitalgestützt ihre trivialen und ritualisierten Sprüche in den Medien und Kommissionen absondern können.

Ein wichtiger und prekärer Unterschied zwischen der Suizidologie, einem medizinisch-psychologisch-rechtlichen Wissenschafts- und Professionsfeld, und anderen psychologischen und soziologischen Theorie- und Forschungsfeldern, ist die Stärke der Verbindung von ‚Wahrheit' und Macht (vgl. Foucault; Marsh 2010). In der Regel reicht die soziale, psychische und physische Macht und Gewalt der Psychiatrie aus, doch notfalls wird die ‚Wahrheit' mit Polizeigewalt durchgesetzt! Das gewaltsame Vorgehen gegen Suizidenten und ihre ‚Sympathisanten' ergibt sich aus abendländischen und anderen kulturellen Traditionen.

> "Depression and psychological distress are prevalent disorders in terminally ill patients and need to be sought out and aggressively treated" (Association of Northern California Oncologists 2007).

Vor allem sollte man die strukturelle Gewalt nicht außer Acht lassen. Eine nach wie vor wirksame kulturelle Botschaft an die Suizidenten lautet: *Mache es so, dass es möglichst abschreckend und Abscheu erregend wirkt!* (vgl. Feldmann 1998). Eine weitere implizite Botschaft, für deren Nachhaltigkeit und Legitimierung auch die suizidologischen Oberpriester sorgen, lautet: Wenn du Selbstmord begehst, wirst du unwürdig sterben, was immer du versuchen magst!

These 26c: Suizid ist ein sozio-kulturelles Phänomen (vgl. die kulturelle Theorie des Suizids von Chu et al. 2010) wie Krieg, Finanztransaktionen, Scheidung und anonyme Bestattung. Die meisten Menschen würden den Kopf schütteln, wenn man Krieg[728], Finanztransaktionen, Scheidung und anonyme Bestattung zwanghaft mit Krankheit und Entmündigung verkoppeln und den Bereichen Medizin und klinische Psychologie zuordnen würde.

Diese These lässt sich durch interkulturelle Studien belegen (vgl. die Berichte in Culture, Medicine and Psychiatry no. 2, 2012).

> "In conclusion, our findings suggest that the ''monolithic'' psychiatric discourse (Marsh 2010, p. 168) that dominates Western suicidology, and that has been built largely on the basis of psychological autopsy interviews, is not supported by a close reading of the personal narratives that are woven by bereaved kinfolk in the course of those interviews" (Owens/ Lambert 2012, 369).

In den medizinischen, suizidologischen und sonstigen professionellen Diskursen werden eingeengte Vorurteile stützende Wissenschaftsinformationen (Evidenz durch Repetition) mit nar-

---

[726] Der so genannte „Werther-Effekt" wird von vielen Experten wissenschaftlich ungerechtfertigt zur Empfehlung eines generellen öffentlichen Falldarstellungsverbots umgemünzt.

[727] Es gibt weltweit keine wissenschaftlich hochwertigen mäßig repräsentativen Untersuchungen der Kommunikation von Suizidenten. Die meisten Suizidenten halten sich als gute Konformisten an das Schweigegebot + vorgeschriebene suicide notes, die Minderheit der nicht-konformen Suizidenten wird zum Schweigen gebracht, auch durch die Suizidologen. Freilich gibt es zensierte Berichte über therapeutisch gelenkte Kommunikation, die allerdings außerhalb dieser speziellen totalisierten Felder unbrauchbar sind.

[728] Bei dem Ereignis Krieg könnte man das erproben und das Führungspersonal zumindest kurzzeitig mit Psychiatern in Kontakt bringen.

rativen Elementen gemischt, in denen die kultur-, macht-, sozialstruktur- und organisationsabhängigen Aspekte ignoriert werden und die Illusion einer allgemein gültigen durch sanften Paternalismus begreif- und steuerbaren Personperspektive hergestellt werden soll.[729]

Ausgezeichnetes Material für die Prüfung der oben genannten These 26c liefert die Untersuchung von Weaver (2009). Weaver zeichnet ein multidimensionales und multiparadigmatisches Netzwerkbild von Suiziden in Neuseeland und Queensland vor allem aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die Vielfalt der Kontextbedingungen, Motive, psychischen, sozialen und physischen Vernetzungen und Verletzungen, (semi)professionellen Eingriffe etc. werden von Weaver in bewundernswerter Kleinarbeit verbunden[730] und dem Leser zu weiteren Deutungen zur Verfügung gestellt. Herrschende Perspektiven und Theorien, vor allem die psychiatrischen[731], werden dadurch relativiert und geraten in semantische und pragmatische Konfliktfelder.

> "A myriad of factors from temperament and personality to environment, learned coping mechanisms, biology and life circumstances all create a complicated web of individuality. In light of this fact, perhaps our concept of suicidality could be more appropriately viewed as a metaphorical tree" (Mitchell 2009, 30).

These 26d: Wenn erkannt wird, dass Depression und suizidales Verhalten soziokulturell ‚hergestellt' werden[732], dann schrumpft die Wahrheitsautorität von medizinischen und psychologischen Theorien (vgl. Marsh 2010, 74 f).

Depression wird primär durch Umweltfaktoren aktiviert und verändert. Depressionsfördernde Umweltbedingungen sind: soziale Ungleichheit, mangelhaft demokratisierte politische und ökonomische Institutionen, privilegienstützende Rechts-, Bildungs- und Gesundheitssysteme etc. Durch eine günstige gesellschaftliche Entwicklung könnten die meisten Depressionen so weit gemildert werden, dass viel weniger Menschen auf eine medizinische Behandlung angewiesen wären und die Suizidversuche und Suizide bedeutsam reduziert würden. Pathologisierung und Medikalisierung dienen unter den derzeitigen gesellschaftlichen Bedingungen sowohl der Krankenbehandlung als auch der Krankheitserhaltung und somit der Stützung von Herrschaft und ‚gesellschaftlicher Stabilität', der Ideologisierung und dem Wachstum der beteiligten Dienstleistungs- und Produktionsbereiche.

Autopsie von Suiziden

Durch die nachträgliche Erforschung von vollendenten Suiziden wird versucht, Erkenntnisse über das Phänomen zu gewinnen. Aufgrund von Deutungen der Ergebnisse dieser ‚Autopsieforschung' wird die dogmatische Feststellung der *Fast-hunderprozentigen-psychischen-Erkrankungs-Ursache* ‚legitimiert'.[733] Psychologische Autopsie-Studien nach Suiziden sind von Defizit- und Krankheitsansätzen geleitet, d.h. sie liefern die gewünschten perspektivischen Ergebnisse (vgl. Rogers/ Lester 2010, 13 f) und sind auf niedrigem methodologischem Niveau[734] konzipiert. „PA studies can therefore not serve as an evidence base for the claim thatmost people who die by suicide are mentally ill" (Hjelmeland et al. 2012, 621). Handlungskompetenz, Reflexion, Kontextbedeutung, alternative Sinn- und Weltkonstruktionen und ande-

[729] Gute Diskursanalysen liegen im deutschen Sprachraum nicht vor, da sie offensichtlich nicht gewünscht werden.
[730] „ … providing an intimate understanding of the personal and social circumstances surrounding suicide …" (Bayatrizi 2010b, 171).
[731] „When psychiatry is comprehended as a technology of the self, it not longer appears so different to the „exotic" practices of spirit possession and shamanism that similarly function to restore alienated selves" (Lock/ Nguyen 2010, 301).
[732] Vgl. Pilgrim/ Bentall 1999.
[733] Diese These des (fast) nicht möglichen ‚normalen', ‚rationalen' und ‚akzeptablen' Suizids verschleiert die angestrebte symbolische Vernichtung durch eine'Theorie' der ungesellschaftlichen Totalverursachung. Ganz ähnlich ist die falsifizierte Behauptung zu beurteilen, dass nur eine verschwindend geringe Menge an Menschen um aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid bittet (vgl. z.B. Institut für Demoskopie Allensbach 2010).
[734] Die methodologischen Probleme der Analyse von 'Abschiedsbriefen' bzw. *suicide notes* werden erst jetzt ein wenig differenzierter behandelt (Yang/ Lester 2011).

re epistemische, kulturelle und gesellschaftliche Aspekte werden vonvornherein ausgeblendet[735] und die enge und theorieschwache Operationalisierung dient dazu, wissenschaftlich fragwürdige Behauptungen zu rechtfertigen[736] (vgl. Pompili 2011, 10 ff). Zu prüfen wäre, von welchen Interessen Autopsiestudien geleitet werden, von professionsstützenden, politischen, wirtschaftlichen etc. Schon der Begriff *Autopsie* dient der Täuschung: Als wäre eine diffuse vorurteilsgeleitete ‚Nachlese' einer idealtypischen auf naturwissenschaftlichen Grundlagen beruhenden Obduktion einer Leiche vergleichbar. Durch diese ‚wissenschaftliche Tradition' ist wertvolles Wissen verloren gegangen bzw. nicht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden. Durch die Suizid-Autopsie wurde ein lebendiger Kontext als pathologisiertes Leichenobjekt behandelt. Es ist zu vermuten, dass eine Funktion der psychologischen Autopsie von Suiziden darin bestand, eine ‚epistemische Bereinigung' eines für die doxischen Gebäude der Medizin, Politik und des Rechts gefährlichen alternativen Bereichs zu besorgen.

Kleine Zitatsammlung (Umwandlung von schwach bestätigten Hypothesen in Dogmen)[737]:
„dass das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung der wichtigste Risikofaktor für Suizide ist und dass bei etwa 90% aller Suizidopfer mindestens eine psychiatrische Achse-I-Störung vorlag" (Cording/ Saß 2009).[738]
„Psychologische Autopsiestudien haben gezeigt, dass mehr als 90 % aller Suizide im Kontext einer psychiatrischen Erkrankung[739] begangen werden" (Cibis et al. 2008).
„… indeed, in all the major investigations to date, 90 to 95 per cent of people who committed suicide had a diagnosable psychiatric illness" (Jamison 1999, 100).[740]
"Aller Erfahrung nach kann man davon ausgehen, dass mindestens 90 Prozent aller Suizide tatsächlich im Rahmen behandlungsbedürftiger psychischer Krankheiten geschehen …" (Jox 2011, 169).[741]

Chinesische Autopsiestudien kommen im Vergleich zu anderen Untersuchungen aus hoch entwickelten Staaten zu einem signifikant niedrigeren Anteil psychischer Erkrankungen an den ‚Ursachen' von Suiziden (vgl. die Literaturangaben bei Phillips 2010). Phillips (2010) diskutiert diese Diskrepanz in der erwarteten ideologisch und dogmatisch gefestigten Weise. Erstens hält er an der Fiktion einer universalistischen objektiven Bestimmung von ‚psychischer Erkrankung' (mental disorder) fest und zweitens bestärkt er unreflektiert das Überwachungspostulat: ‚Suizid muss unabhängig von seiner individuellen und gruppenspezifischen Sinngebung verhindert werden, auch wenn er nicht durch eine psychische Erkrankung verursacht wird!'

Es gibt genügend Berichte über Suizide aus verschiedenen Kulturen und Epochen, die folgendes Urteil nahe legen: *Suizid kann eine kultivierte und normativ anerkannte Handlung sein* (vgl. Baechler 1981; Tomasini 2012). Aus der römischen Geschichte sind viele Beispiele bekannt, doch auch im 20. und 21. Jahrhundert sind trotz Zensur genügend entsprechende Fälle in die Öffentlichkeit geraten. Allerdings hat es bisher keine Wissenschaftlergruppe gewagt (bzw. Ressourcen hierfür erhalten), diese These interkulturell mit dem Schwerpunkt auf die

---

735 "Cavanagh et al.'s (2003) systematic review of psychological autopsy studies noted that evidence from these studies on psycho-social factors is limited" (Scourfield et al. 2012, 467).
736 Selbst von Insidern dieser Forschungsrichtung werden starke Zweifel an der Gültigkeit von Ergebnissen (Beispiel: These der kognitiven Einengung) geäußert: „…wäre es untragbar, bei manchen sensiblen Daten von einer hohen Validität auszugehen und die Ergebnisse kritiklos zu interpretieren" (Heinrich et al. 2008, 257).
737 Was halbwegs gut bestätigt ist, ist die Tatsache, dass eine ungesicherte Diagnose bezüglich psychischer Krankheit irgendwie mit vielen Suiziden verbunden ist – eine wissenschaftlich ziemlich unbrauchbare Erkenntnis. Alle anderen Schlüsse, die gezogen werden, sind hypothetisch und weitgehend ungeprüft. So erweist sich das Wahrheitsregiment der psychologischen Autopsie als Bündel von Pappkameraden.
738 Man kann von einer Magie der Zahl 90 in der Suizidologie sprechen. 90 ist fast 100. 90 ist ‚absolut' sicher. 90 lässt alle Fragen verstummen. Wer an 90 zweifelt, ist nicht ernst zu nehmen.
739 Zum Nachdenken regt auch an, dass von *psychiatrischer* und nicht von *psychischer* Erkrankung gesprochen wird. Die Krankheit ist wahrscheinlich nicht nur psychiatrisch definiert sondern psychiatrisch konstruiert.
740 Diese magischen 90 oder 95 % verdanken ihre Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit weniger der wissenschaftlichen Theorie und Empirie als der Herrschaft und Wirtschaft.
741 Zweimal wird das Beschwörungswort ‚alle' in diesem von vielen Ärzten für wahr gehaltenen und offensichtlich mit einem Falsifikationsverbot belegtem Satz verwendet.

moderne Gesellschaft bezogen so exzellent zu bearbeiten, wie es für unwichtigere Themen in der Wissenschaft als selbstverständlich angesehen wird.

In der abendländischen Kultur wurde das Begriffs- und Praxisfeld Selbstmord zur Disziplinierung und Stigmatisierung gestaltet und verwendet.[742] In autoritären Regimen und Gruppen, z.B. in fundamentalistischen Religionsgemeinschaften oder im Nationalsozialismus, wurde und wird der selbst bestimmte Suizid drakonisch und unreflektiert verurteilt. Die ‚Aufopferung' für das ‚richtige Kollektiv', für den ‚richtigen Gott' oder für den ‚richtigen Führer', die offiziell nicht ‚altruistischer Suizid' genannt werden durfte, wurde und wird dagegen verherrlicht. Der kollektive Massenmord im Auftrag der jeweiligen Machtelite wurde als moralisch hochwertig angepriesen und er war auch mit unterschiedlich guten ‚Suizidchancen' gekoppelt. Nach wie vor stehen Vertreter des Staatsadels, religiöses, medizinisches und juristisches Führungspersonal dem nicht mit gebilligter Fremdtötung verbundenen Suizid misstrauisch und ablehnend gegenüber, da der Suizident sich ungehorsam verhält, die ihm zugestandene begrenzte Selbstbestimmung *missbraucht*.

Uwe Christian Arnold (2012), ein Arzt, der es wagt, aus der gemäß EU-Etikette ‚vorgeschriebenen' Grauzone herauszutreten, wurde von der Berliner Ärztekammer 2007 für sein nicht von Scheuklappenprofessionalität geprägtes Hilfeverhalten bestraft, doch von einem erstaunlich objektiven Verwaltungsgericht wieder ‚rehabilitiert'.

Von konservativen und christlich konnotierten Politikern und Meinungsmanipulatoren wurde in den USA eine Hexenjagd gegen Ärzte veranstaltet, die in Oregon gesetzlich legitimierte Beihilfe zum Suizid leisten. Das oberste Gericht der USA hat jedoch dem Bundesstaat Oregon bezüglich dieses Gesetzes grünes Licht gegeben.

Auch in anderen Staaten wird diskursive Hexenjagd in Richtung Oregon betrieben. Ein Beispiel einer unqualifizierten Polemik deutscher Experten[743]:

> „Das Oregon-Modell stellt die Option des assistierten Suizids als Alternative zur Palliativmedizin. Darüber hinaus darf in Oregon jeder Arzt tödliche Medikamente verschreiben, ohne selbst jemals von den Möglichkeiten der Palliativmedizin gehört zu haben, geschweige denn Palliativmedizin ausüben zu können oder ausgeübt zu haben. Das ist aber nichts anderes als eine Perversion der medizinischen Kunst, wenn leidende, terminal kranke Patienten vor die Wahl gestellt werden, Schmerzen zu ertragen oder sich das Leben zu nehmen. Diesen Patienten wirksame Schmerzmittel und eine adäquate palliative Versorgung vorzuenthalten, widerspricht in höchstem Maße dem ärztlichen Ethos und stellt eine vehemente Verletzung der Menschenwürde der Kranken dar." (Oduncu/ Eisenmenger 2002, 330)[744]

In vielen Staaten herrscht ein durch von konservativen Gruppen alimentierte ‚Experten' gestütztes Klima, das Menschen dazu treibt, ihren Kompetenzbereich Suizidalität für sie und ihre Bezugspersonen strafend und schädlich zu gestalten.[745] In den Bildungssystemen wird eine kognitivistische Rahmung und ein herrschaftsstabilisierendes Regiment der Entsolidarisierung und der Individualkonkurrenz gepflegt, das psychosoziale Schädigung bewirkt und fördert. In der Arbeitswelt wird dieses Regiment unter staatlicher und rechtlicher Stützung erfolgreich weitergeführt. Durch die Hilfsmaßnahmen, spezielle Schulen für psychosozial Geschädigte, Therapie, Sozialarbeit, Selbsthilfegruppen etc. wird der Herrschaftsrahmen und damit die Basis der Herstellung des ‚Unglücks' nicht angetastet – und die Stigmatisierung und Reproduktion sozialer Ungleichheit verstärkt.

---

[742] Ahrens (2004) weist für Emile Durkheim diese Begriffsdefinition und -verwendung nach.

[743] Vollmann bietet eine differenzierte und sachliche Darstellung der Suizidbeihilfe in Oregon: http://www.faz.net/aktuell/politik/die-gegenwart/debatte-im-bundestag-ueber-sterbehilfe-in-deutschland-13710439.html

[744] „Mehr als 90 Prozent der Patienten, die von dem Death With Dignity Act Gebrauch machten, erhielten hospizliche Betreuung, sagte Psychiatrieprofessorin Linda Ganzini, die das Gesetz in Oregon wissenschaftlich begleitet."
http://euthanasia.de/typo3/index.php?id=100&type=123&tx_mininews_pi1[showUid]=52&cHash=84304b498f

[745] Um solche Hypothesen zu prüfen, werden selbstverständlich keine Forschungsmittel zur Verfügung gestellt.

Viele Psychiater und Suizidologen[746] haben in Kooperation mit religiösen und staatlichen Institutionen Rechtfertigungssysteme errichtet, um den Suizidenten möglichst die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und symbolisches Kapital absprechen zu können[747] (vgl. Szasz 1999). Dies ist in Europa und Nordamerika besser gelungen als in Japan, da in diesem asiatischen Land der Suizid bereits traditionell kultiviert und normalisiert worden war (vgl. Kitanaka 2009)[748]. Einige Psychiater und Suizidologen sind daran interessiert, ein bereichsspezifisches Monopol für die Freiheitsbeurteilung zu erhalten[749]. Der Patient muss seine ‚Freiheit' beim Psychiater abgeben und erhält sie nur in einer Minderheit von Fällen nach langer Zeit zurück. Freiheit wird zur Kompetenz, für deren Messung und Herstellung Psychiater zuständig sind.[750] Dann können sie Standards setzen, legitim Personen als nicht frei stigmatisieren und sie damit auch im Interesse des Staatsadels oder zahlungskräftiger Personen als (Zwangs)klienten rekrutieren.[751] Durch die Mainstream-Therapie wird die wertvolle ‚Energie der Suizidalität' medikalisiert und damit für den Erhalt des medizinischen Systems und nicht für die gesellschaftliche Weiterentwicklung eingesetzt.

Gebildete Japaner können und dürfen in der Öffentlichkeit offener über Suizid sprechen als gebildete Westmenschen.
“Traditionally, suicide has been considered an expression of an individual's free will in Japan (Cho, 2006; Takahashi, 1997, 2001). The rhetoric of a “suicide of resolve,” still a very popular notion, suggests that suicide can be the result of a rational decision by a freely choosing individual, and therefore is an option to be respected when necessity calls for it (Kitanaka, 2006, 2008). Kitanaka argues “though psychiatry has been institutionally established in Japan since the late nineteenth century, psychiatrists have had little impact on the way Japanese haveconceptualized suicide. This may be because Japanese have long normalized suicide, even aestheticizing it at times as a culturally sanctioned act of individual freedom” (Kitanaka, 2008: 1)“ (Ozawa-de Silva 2010, 21 f).

Durch die nicht als mangelhaft bestätigte Hypothese, sondern als ‚objektive Wahrheit' verkaufte ‚Erkenntnis', dass nur wenige Suizide – gehandelt werden z.B. ein bis fünf Prozent[752] – durch eine ‚freie Entscheidung' zustande kommen[753], erhalten staatliche Instanzen die Legitimation, auf das Suizidfeld zuzugreifen und die Beteiligten in Angst und Schrecken zu versetzen. Diese Angst und diese Barbarisierung des Feldes wird von vielen Psychiatern und Suizidologen theoretisch und empirisch instrumentalisiert, um ‚objektive Erkenntnisse' zu gewinnen – eine typische Verflechtung von ‚angewandter Wissenschaft' und Herrschaft.[754]

---

[746] Funktionäre der Suizidologie und Psychiatrie verhindern gemeinsam mit Herrschaftsgruppen, dass gesellschaftliche Einbettung und Steuerungsoptionen der Suizidalität exzellent und multiparadigmatisch untersucht werden.

[747] Der Akteurstatus oder gar das Problembewusstsein einzelner Psychiater wird hier nicht diskutiert, da rechtliche und organisatorische Normierungen, Druck durch Vorgesetzte, Angehörige und Patienten und andere Umweltfaktoren einbezogen werden sollten.

[748] Doch auch in Japan schreitet die Medikalisierung, Bürokratisierung und Psychiatrisierung voran. In China deuten Studien (‚psychologische Autopsie') darauf hin, dass die Medikalisierung noch nicht ihr ‚westliches Ziel', dass – gemäß professioneller doxa – mindestens 90 % der Suzide eindeutig mit psychischer Erkrankung verbunden sind, erreicht hat (vgl. Zhang/ Xiao/ Zhou 2010).

[749] „Freiheit“ wird im medizinischen System mit politischer und religiöser Zustimmung als Jokerwort im Interesse von Professionellen und paternalistischen Funktionären verwendet. Expertenrhetorik: Der psychophysisch Kranke ist unfrei, wenn er Suizid begeht oder Suzidbeihilfe wünscht, der Patient im Wachkoma ist frei genug, seinen unbedingten Lebenswillen mitzuteilen.

[750] Diese ‚übertrieben' wirkenden Aussagen erhalten ihre Bestätigung, wenn eine Person durch einen Psychiater einen amtlich gültigen Nachweis der Berechtigung zum Suizid erhalten will, damit sie diesen in humaner und anerkannter Weise gestalten kann.

[751] Wenn ich anderen Freiheit absprechen kann, mache ich sie ohnmächtig und gewinne dadurch selbst Macht hinzu. Dies schließt nicht aus, dass die folgende Therapie zur gemeinsamen Machtvermehrung von Therapeut und Klient beitragen kann.

[752] Vgl. das Interview mit Wolfgang Putz (tz, 9.9.2010).

[753] Diese Annahme steht im Widerspruch zu der ebenfalls in der psychiatrischen und medizinethischen Literatur zu findenden Aussage, dass die Mehrzahl der psychisch Kranken einwilligungs- oder selbstbestimmungsfähig sind (Vollmann et al. 2008, 60).

[754] So trat auch der ehemalige Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Klaus Ernst, für eine Beibehaltung des professionellen Suizidkults ein: "Durch die organisierte Freitodbegleitung ändert sich das Suizidklima in einer Gesellschaft." Zudem befürchtete der Professor durch den ‚Suizidtourismus' eine ‚Desakralisierung des Suizids'. "Dann gehört der Suizid vollends zum Lifestyle." http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-18032399.html

Während vor allem in der deutschsprachigen Fachliteratur dogmatische Positionen und verifikatorische Forschungsberichte vorherrschen, zeigen empirische Untersuchungen, dass Psychiater in verschiedenen Ländern höchst unterschiedliche Einstellungen zum Suizid und zu PAS (physician-assisted suicide) haben. In den USA, in Großbritannien und vor allem in den Niederlanden findet man einen größeren Anteil von progressiven Psychiatern als im deutschen Sprachraum (vgl. Vollmann et al. 2008, 218 ff; Ganzini et al. 2006).

Die Suizidexperten des medizinischen Systems zivilisierten, modernisierten und medikalisierten den Brauch der postmortalen Degradierung der Selbstmörder[755]. Sie werden auch nach ihrem Tod als psychisch kranke, d.h. minderwertige, unmündige Personen für die schimpfliche und abschreckende Erinnerung, die allerdings mit Mitleid gemischt ist, an den soften Pranger gestellt. Ihren Angehörigen wird nahegelegt, sich als Stellvertreter Ärzten und Psychologen zu übergeben, damit die diesen entgangenen Gratifikationen nachgeleistet werden.[756] In diesem ‚professionellen', ideologischen und ökonomischen Kontext wird das Weltbild gepflegt, dass der Suizid als solcher – unabhängig von sozialen und kulturellen Bedingungen – verstörend auf die überlebenden Bezugspersonen wirkt. Diese nie ausreichend geprüfte Hypothese wurde z.B. durch die Untersuchung von Barraclough und Hughes (1987)[757] in ihrer Pauschalversion als unbrauchbar erwiesen – was ihrer Tradierung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung, in der Fachliteratur und in den Medien nicht geschadet hat. Durch gesellschaftliche Normierungen und durch das medizinische System werden sowohl die Suizide als auch die Trauerprozesse der Überlebenden zu Veranstaltungen, die von der Lösung von Gesellschafts- und Herrschaftsproblemen ablenken, bzw. diese Lösungen erschweren. Freilich können psychosoziale Störungen auftreten, wenn Sterben und Tod einer Person für die Deutungssysteme und Praktiken der Überlebenden nicht anschlussfähig sind, wofür u.a. politische und ökonomische Bedingungen und die Wissens- und Ritualordnungen der ‚Priesterschaft' (Ärzte, Suizidologen etc.) mitverantwortlich sind. Viele Suizide bringen wahrscheinlich derzeit für die überlebenden Bezugspersonen kurz- und mittelfristig eine negative Belastungs-/ Entlastungsbilanz[758], doch eine erfolgreiche Kultivierung und Liberalisierung des selbstbestimmten Sterbens würde das Verstörungspotenzial verringern (vgl. Swarte et al. 2003).

These 26e: Zuerst werden Menschen durch die gesellschaftlichen Verhältnisse physisch, psychisch und sozial geschädigt und geschwächt, um dann durch ‚Hilfsdienste' zwar nicht ‚gesund' und ‚glücklich', aber abhängig und gefügig gemacht zu werden. Ein besonders krasses Beispiel für diesen ‚Mechanismus' bietet die Herstellung und Therapie von Suizidalität.

Wenn Suizide als moralisch hochwertige Handlungen gedeutet werden, wenden sich politische[759], religiöse und andere Moralwächter vehement gegen solche Interpretationen und beanspruchen Deutungshoheit (vgl. Bayatrizi 2008, 121 ff). Viele Ärzte, Psychiater und Suizidologen arbeiten konformistisch und kapitalorientiert mit Funktionären der Politik, Wirtschaft, Religion und kapitalkräftigen Organisationen zusammen. Ihre Aufgabe besteht darin, professionell, politisch und ökonomisch unerwünschte alternative Deutungen und Praktiken zu unterdrücken. Botschaften von Suizidenten, die als Protest oder Kritik an gesellschaftlichen, politischen oder ökonomischen Verhältnissen gelesen werden könnten, sollen umgedeutet werden,

[755] Empirisch wird es freilich schwierig sein, die Anteile von beruflichen und anderen Gruppen an der Gestaltung dieses ‚Brauches' in den vergangenen hundert Jahren, auch nur grob zu schätzen.
[756] Diese gegen wissenschaftliche Etiketten verstoßenden Sätze müssen nicht als moralische Beschuldigungen verstanden werden. Suizidologen und Psychiater richten sich wie andere nach kulturellen Werten und Normen und sind an die „Codes" und Rituale ihrer Institutionen und Organisationen gebunden.
[757] Ähnliche gute empirische Untersuchungen wurden in den vergangenen 30 Jahren erfolgreich verhindert.
[758] Auch diese Problematik wurde bisher nur mangelhaft untersucht, was freilich auch an der Tatsache liegt, dass eine gute Beurteilung der langfristigen ‚Suizidfolgen' im Rahmen der derzeitigen Dokumentations- und Forschungskontexte kaum möglich ist.
[759] Suizid wurde immer politisch überwacht. Dies trifft stärker in autoritären Systemen, wie im Nationalsozialismus (vgl. Eichinger 2010, 103 ff) zu, doch es gilt auch für Demokratien. Denn Herrschaft, auch demokratische Herrschaft, beruht auf der ‚Sterbeschwäche' der Beherrschten.

ein Verfahren, das in der europäischen Geschichte in verschiedenen Formationen nachzuweisen ist (ebd., 117 ff). Die professionellen Suizidwächter verschweigen und entschärfen in ihren Schriften und Praxen die politischen, ökonomischen und organisatorischen Ursachen einer negativen Suizidalität in ihrer eigenen Gesellschaft.

> Bei France Télécom haben sich 23 Angestellte 2008 und 2009 das Leben genommen bzw. Suizidversuche durchgeführt[760]. Aus einigen Abschiedsbriefen bzw. Aussagen der Betroffenen geht eindeutig hervor, dass die Arbeitsbedingungen ein zentraler Faktor ihrer Entscheidung für den Suizid waren. Ökonomische und soziale Exklusion (z.B. Arbeitslosigkeit) trägt zur Erhöhung von Suizidraten bei (Yur'yev et al. 2011).

Solche systemproblematisierenden Aspekte werden verständlicherweise von Unternehmungsleitungen und – schon weniger begründbar – in der Suizidologie verschwiegen bzw. als irrelevant bezeichnet, vor allem jedoch *enthandelt* und *entforscht*[761]. Die exzellenten Mitglieder der internationalen Suizidologengemeinde haben bisher nichts unternommen, um Indices der Herstellung von Stress und negativer Suizidalität durch Organisationen, politische und rechtliche Entscheidungen zu entwickeln und für die regelmäßige Messung und Veröffentlichung der Daten einzutreten – ein Gedanke, der ihnen von einem Außenseiter nahegelegt wird.[762]

Die evidenz-basierte Festung der globalisierten Suizidologie

Ein Standardwerk der Suizidforschung, das *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (Wasserman/ Wasserman 2009) ermöglicht Über- und Einblicke. Die hohe wissenschaftliche Qualität der meisten Beiträge dürfte gesichert sein. Doch hier geht es um Exklusion, Grenzsetzung, Agnotologie, Feldherrschaft, Universalisierungsansprüche, Kampf um Ressourcen etc. In diesem Werk sind multidisziplinäre und multikulturelle Perspektiven vertreten. Dies ist zweifellos begrüßenswert. Doch der Begriff *Kultur* wird – selbstverständlich undiskutiert - strikt eingeengt. Traditionelle und kapitalstark organisierte Religionen dürfen ‚ihre' Kulturen und ihre normative Suizidsicht präsentieren. Andere Kulturrepräsentanten werden ausgeschlossen. Die Humanwissenschaften sind gemäß nicht explizierter Auswahl vertreten, ‚abweichende Positionen' werden – ohne Begründung – ausgeschlossen. Der Übergang von der evidenz-basierten Wissenschaft zur politischen, sozialen und ökonomischen Intervention durch Suizidprävention wird nicht differenziert wissenschaftlich diskutiert, sondern als selbstverständliche und herrschaftsgesicherte Tatsache dargeboten. Gesellschaftlich relevante nicht konforme Suiziddiskussionen werden im heiligen Hain der Suizidologie nicht berücksichtigt. Eine eigentümliche Kombination von pluralistisch dogmatisierter Elfenbeinturmtheorie und wissenschaftlich mangelhaft gesicherter Praxis ist in diesem professionellen Feld festzustellen, keineswegs eine abweichende Form von angewandter Wissenschaft, sondern eher die Regel aufgrund der Hierarchie, Führung und Klassenbildung stützenden Entwicklung der politischen, ökonomischen und wissenschaftlichen Subsysteme. Und was man nicht vergessen sollte, dieses Spitzenwerk täuscht eine Ideal-Suizidologie vor, die in den psychiatrischen Anstalten durch eine totalisierende und Ohnmacht erzeugende Real-Suizidologie ersetzt wird.

These 26f: Aufgrund wissenschaftstheoretischer, methodologischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse kann der bisherige ‚Übergang' von der suizidologischen Grundlagenforschung zu einer angewandten Profession als missglückt bezeichnet werden.

[760] Vgl. http://www.heise.de/tp/r4/artikel/31/31141/1.html

[761] Wissenschaftstheoretisch gesagt: Sie tauchen im Entdeckungszusammenhang (context of discovery) der Suizidologie nicht auf.

[762] Soziomoralisch betrachtet geht es hier einmal nicht um die Würde und Scham von Benachteiligten und Klienten, sondern um die Würde und Scham von privilegierten Professionellen.

Epistemische und normative Vorder- und Hinterbühnen in der evidenz-basierten Festung der Suizidologie

- Die Werte des Suizidenten sollen anerkannt werden. – Doch sie werden von den Experten ‚interpretiert' und ‚transformiert'.
- Der Kontext soll erfasst werden. – Doch er muss auf die ‚klinischen Bedingungen' heruntergekocht werden.
- Der Suizident soll ernst genommen werden. – Doch es sollen alle Tricks verwendet werden, um sein Sinn- und Weltsystem ins Wanken zu bringen.
- Der Suizident ist kognitiv und emotional fähig, ein Projekt durchzuführen, das die Mehrzahl der Menschen nicht durchführen könnten. – Doch er muss als kognitiv und emotional defizient und inkompetent ‚begriffen' werden.
- Die Suizidhandlung kann von mündigen Menschen als sinnvoll anerkannt werden. – Doch ein Suizidologe darf eine Suizidhandlung unter keinen Umständen als sinnvoll anerkennen.
- Die Suizidhandlung kann aufgrund einer hochwertigen moralischen Entscheidung geplant und durchgeführt werden. – Der Suizidologe darf die Moral und das Gewissen des Suizidenten nicht anerkennen.
- Jeder Suizident und jeder Suizid sind einmalig und folglich ist ein ‚deterministisches' Handeln des Professionellen gemäß einem naturwissenschaftlichen Modell abzulehnen[763]. – Doch die Suizidprävention muss sich auf alle Suizide, völlig unabhängig von Verstehen, Kontext, Werten und sonstigen Aspekten richten[764].

Derartige nicht thematisierte aber hilflos und sprachlos unter dem Teppich der Forschung und Professionalität hervorlugende Ambivalenzen, Widersprüche, Inkonsistenzen, Paradoxa, Denkverbote, Sophismen, Dogmen, Reflexionssimulationen etc. kann man durchgängig in der Fachliteratur studieren: z.B. in dem neuen Werk *Evidence-based practice in suicidology (Pompili/ Tatarelli 2011).*

Wenn eine Person in einem Heim das Essen verweigert, so wird dies von Experten als selbstzerstörerisches Verhalten (self-destructive behavior) bezeichnet, obwohl es von der Person und von einer wissenschaftlichen Perspektive gesehen ein selbstverwirklichendes Verhalten sein kann. Eine Selbstbeschreibung alter kranker Menschen, vor allem wenn sie in totalen Organisationen leben müssen, wird in der Regel ignoriert, selten wird sie von Professionellen wahrgenommen, die sie dann gemäß ihren ‚Theorien' und Interessen umdeuten. Die scheinbar objektive ‚Wirklichkeitsdiagnose' von Professionellen oder gar von sonstigen Ordnungsorganen, z.B. Polizisten oder Richtern, erweist sich als dogmatische pseudouniversalistische perspektivische Fremdbeschreibung.

Ein Beispiel für eine alternative Differenzierung des Feldes des selbst- und fremdbestimmten Sterbens.

[763] Der Suizidologe kann dem Suizidenten die Freiheit absprechen (nehmen), um ihn dann als Sache technisch behandeln zu können.
[764] Auch in dieser Beziehung ist auf die *Projektion* (im psychoanalytischen Sinn) der Suizidexperten hinzuweisen: Sie unterstellen den Suizidenten die Einengung des Bewusstseins, die sie selbst zeigen.

	Physisches Sterben	*Psychisches Sterben*	*Soziales Sterben*
Selbstbestimmung	Lebens- und Sterbegestaltung, wenn Krankheit unweigerlich zum physischen Tod führt	Lebens- und Sterbegestaltung, wenn das psychische System unaufhaltsam zerstört wird	Lebens- und Sterbegestaltung, wenn das personal zentrale soziale System unaufhaltsam zerstört wird
Fremdbestimmung	Verlust von Lebensgrundlagen, Mord, Krieg, Koma, schwere Demenz, Intensivstation	Koma, schwere Demenz, totale Institution	Kapitalverlust, Verlust soz. Anerkennung, totale Institution, Versklavung

Abb. 13b: Selbst- und fremdbestimmtes Sterben

In dieser Feldbetrachtung werden Suizid und Beihilfe zum Suizid zu Optionen. Selbst- und Fremdbestimmung und auch die Sterbeformen sind analytische Konzepte, d.h. sie sind gemäß Kontexten und personalen Semantiken veränderbar und anzupassen. Positive und negative *Suizidalität* ist im Rahmen einer kritischen interdisziplinären Betrachtung nicht nur eine Folge des Wirkens ‚innerer Kräfte' (Psychologie) oder ‚äußerer Kräfte' (Soziologie), sondern eine Relation oder Disposition innerhalb eines Feldes (Bourdieu). Verstehen und Erklären von Suizidalität ist demnach eine pragmatische gruppenspezifische dynamische Aktivität, deren wissenschaftliche Beobachtung durch die derzeitigen psychiatrischen Theorien höchst mangelhaft geleistet wird (vgl. Rogers/ Lester 2010).

These 26g: Ein kritischer Suiziddiskurs attackiert politische, wirtschaftliche und professionelle Verhältnisse UND fordert eine faire Kontextgestaltung für Autonomieentfaltung und Humanisierung.[765]

Die weiteren Ausführungen dieses Textes beziehen sich hauptsächlich auf eine Minderheit einer Minderheit einer Minderheit. Die erste Minderheit sind die Personen, die Suizid als Problemlösung für sich persönlich anerkennen[766]. Die zweite Minderheit dieser Minderheit sind die Personen, die sich knapp vor oder in einem Prozess der (höchstwahrscheinlich) endgültigen Zerstörung ihres physischen, psychischen oder sozialen Lebenssystems befinden. Von dieser ‚Gruppe' wählt bisher und wohl auch in naher Zukunft nur eine dritte Minderheit den Suizid tatsächlich als Problemlösung.

Minderheit, Ausnahme, Normalität

Das *Argument der Minderheit*, der kleinen Gruppe, der Toleranz gegenüber Abweichung etc. trägt Gefahren mit sich. Von Funktionären gesteuerte bzw. hergestellte ‚Chöre' dröhnen, die Interessen der ‚großen Mehrheit' zu berücksichtigen. Flüsternde und ins Abseits verbannte Stimmen meinen, dass es um Kultivierung geht und die Realisierung von Freiheitsspielräumen vorerst nicht vom Anteil der erwarteten Nutzer abhängig gemacht werden kann. Herrschaft tritt ethisiert, im Gewand anerkannter Theorien auf. Minderheiten verfügen nicht über diese legitimatorischen und mit wissenschaftlichen Weihen versehenen Ressourcen. Sie müssen in der Regel in Grauzonen, heuristisch und ‚unsauber' arbeiten. Somit bestehen nur sehr eingeschränkte Spielräume, die vieldimensionale und dynamische Unterdrückung, Lebensminderung und Instrumentalisierung zu analysieren.

These 26h: Wenn in einer künftigen Gesellschaft eine Kultivierung des Suizids starke Anerkennung fände, würden aufgrund der verbesserten Strukturen Suizid und Suizidversuch seltener als heute stattfinden und ein humanisierter Suizid vergemeinschaftet und würdig gestaltet werden.

[765] „Der Freitoddiskurs von heute attackiert weniger gesellschaftliche Verhältnisse als er die Gewährleistung subjektiver Autonomie fordert" (Eichinger 2010, 215).
[766] Der Anteil dieser Personen an der Gesamtbevölkerung würde bei gelungener Kultivierung zunehmen.

Auch in der neueren Fachliteratur der Suizidologie und Psychiatrie fehlt die Bereitschaft, sich differenziert mit humanisiertem Suizid zu beschäftigen. Man könnte eine eigene Kategorie bilden, z.B. selbstbestimmte Sterbegestaltung, wobei Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe Optionen wären. Dies wäre ein Schritt auf dem Weg der Entstigmatisierung von Menschen, die dadurch Gestaltungs- und Teilhabechancen erhielten, die ihnen bisher versagt oder erschwert werden.[767] Das bei weltfernen Wissenschaftlern beliebte Konstrukt *rationaler Suizid*[768] ist allerdings für einen derartigen Kultivierungsdiskurs kaum geeignet, da es oszillierend, interessenabhängig und empirieabweisend in der Fachliteratur und in Expertendiskussionen eingesetzt wird.[769] Letztlich ist nicht entscheidend, wie *expertenrational* eine Entscheidung zum Suizid ist[770], sondern dass die Lebensumstände von Menschen so gestaltet werden, dass sie allein oder mit ihren Bezugspersonen Entscheidungen über Lebensverlängerung und –verkürzung gemäß ihren Interessen fällen können[771]. Ein derartiger struktureller Ansatz wird jedoch in der Suizidologie und Psychiatrie nicht einbezogen bzw. marginalisiert.

Die Auseinandersetzungen im Feld Suizid ergeben sich aufgrund kultureller Werte und divergierender Interessen, wobei offene, kontroverse und empirisch gestützte öffentliche Diskussionen in der Regel vermieden werden. Beispiele für sophistische Argumentationen, blinde Flecken und das Umschlagen von Wissenschaft in Ideologie sollen im Folgenden die bisherigen Ausführungen konkretisieren.

> Aussagen eines Gerontologen: „Darüber hinaus muss bedacht werden, dass gerade im Falle stark eingeschränkter geistiger Funktionen nicht mehr von einem ‚Freitod' gesprochen und auch die ‚Einwilligung' in Maßnahmen aktiver Sterbehilfe nicht mehr gegeben werden kann. Denn dem Menschen sind in diesem Falle die Folgen der getroffenen Entscheidungen vielfach nicht bewusst. Ganz abgesehen davon ist jede Situation, in der Begriffe wie ‚Freitod' oder ‚aktive Sterbehilfe' gebraucht werden, von *Einengungen* und nicht von Freiheit gekennzeichnet[772] ..." (Kruse 2003)

Wer anderen uneingeschränkt „stark eingeschränkte geistige Funktionen" bescheinigt, sollte in einer Demokratie den entsprechenden Auftrag erhalten haben – ansonsten könnte man zu Recht von einem Angriff auf die Würde anderer Personen sprechen. Auch die Außenfestlegung, wann und in welchem Ausmaß einem Menschen Ursachen und Folgen der von ihm getroffenen Entscheidungen (ausreichend?) „bewusst" sind, ist nur dann institutionell relevant, wenn die Person, die solche Urteile über andere fällt, einen entsprechenden legitimen Auftrag erhalten hat. Dies ist bei Suiziden und Suizidversuchen in der Regel nicht der Fall.

> „Ist es aber überhaupt angemessen, von einem *‚Freitod'* zu sprechen? Kann überhaupt davon ausgegangen werden, dass der Mensch ‚frei ist' und ‚frei handelt', wenn er sich das Leben zu nehmen versucht?
> Diese Frage ist angesichts der Tatsache, dass Selbstmordgedanken grundsätzlich in einer Situation der subjektiv erlebten ‚Einengung' zentraler Lebensvollzüge entstehen (Ringel, 1969), zu verneinen.
> So stellt Asmus Finzen fest: ‚Ich will nicht geltend machen, der Bilanzsuizid sei ein Ausdruck von Freiheit. Er ist vielmehr die bittere Konsequenz einer von außen aufgezwungenen Wirklichkeit' (Finzen, 1997, S. 15)." (Kruse 2003, 14)

Ein Zitat aus einem Buch des Gerontologen Kruse, das er mit zwei Kollegen verfasst hat, steht in einem *Spannungsverhältnis* zu seinen gerade diskutierten Annahmen:

---

[767] Sloterdijk (2009a, 666) meint optimistisch und ohne empirische Hinweise: „Eine moderne Spur dieser Zivilisierung zeigt sich in der wachsenden Freitodbewegung des Westens."

[768] „Wer heute als Philosoph die Frage stellt, ob *der* Suizid rational oder moralisch erlaubt sei, der hat den Anschluss an die empirische Forschung verloren." (Wittwer 2004, 80)

[769] Vgl. die Erörterung zum Begriff Rationalität (des Suizids) bei Wittwer (2003, 49; 2013) und Fenner (2008, 283 ff).

[770] Schließlich ist das normale Alltagshandeln in der Regel nicht (experten)rational, wie man z.B. an den Ergebnissen der Verhaltensökonomik (Kahneman, Tversky, Ariely) ablesen kann.

[771] In solchen Fällen werden Sozialwissenschaftler von ‚begrenzter Rationalität', Inkrementalismus und hybridem Entscheidungshandeln sprechen (vgl. Kron 2010, 210 ff), doch diese Normalität, um deren gesellschaftliche Anerkennung gekämpft wird, bedarf nicht des Einsatzes von Ethikkommissionen und professionellen Beratern.

[772] Dieser wissenschaftliche Satz, geäußert von einem Studierenden, würde bei einer Hochschulprüfung im Bereich empirischer Sozialforschung negativ bewertet werden.

„Das selbst-reflexive Ich ist auch noch bei Patienten mit einer mittelschweren Demenz in der Lage, die Situation mit den eigenen Handicaps insgesamt wahrzunehmen – ein Grund für die relativ hohe Suizidgefährdung in diesem Abschnitt der Erkrankung“ (Heuft/ Kruse/ Radebold 2006, 185).
Ein unfreies selbst-reflexives Ich ist jedenfalls eine interessante Konstruktion.

Der konformistische und ritualisierte Einengungsansatz[773] von Gerontologen, Psychiatern und Suizidologen ist partikularistisch und wertgeladen und insofern *ambivalent*, *rückstrahlend und steuernd*, da der Suizid ein bedeutsamer multifunktionaler Lebensweltaspekt gerade in *mentalen Expansionskulturen* ist.

„Suicide is a human sacrifice to civilization, and sucide victims are the tribute of humanity to the growth of mental culture“ (Bayatrizi 2008, 119).

Ein Psychiater kann den Suizidenten nicht ‚frei' wahrnehmen und empfangen. Ein Psychiater wird professionell und institutionell gezwungen, vorgegebene Theorien und Praktiken anzuwenden. Ihn schützen und panzern die herrschende ‚Wahrheit', das Recht, die Organisation und andere mächtige Institutionen – gegenüber den Dämonen[774].

„Bei seiner psychotherapeutischen Tätigkeit ist der Autor im Rahmen des medizinischen Versorgungssystems vielen suizidalen alten Menschen begegnet. Keiner von ihnen hatte in freier Entscheidung seine Suizidabsichten entwickelt, sondern in Situationen seelischer Not mit tiefer Verzweiflung, in Krisen und Notlagen, in Lebenssituationen, die unfrei sind[775] und einengen“ (Teising 2009, 88).

Viele Suizidologen, Psychiater und andere Oberpriester maßen sich an, Klarheit in der dreitausendjährigen Freiheitsdiskussion geschaffen zu haben. Die *Unwissenden* müssen sich nur an sie wenden und sie teilen ihnen mit, ob sie und andere jeweils ‚frei' sind oder nicht. Dass Freiheit, Ich, Selbst, Identität, Person, Subjekt etc. prekäre kapital- und interessengesteuerte Konzepte und Konstruktionen im Wandel sind, abhängig von Perspektiven, Habitus, soziokulturellen und anderen Bedingungen, nehmen die mit evidenten Vorurteilen gepanzerten ‚Freiheitsexperten' und Wissensritter nicht zur Kenntnis. Die ‚Theorien', die sie verwenden, und die ‚empirischen Beweise', die sie – wenn sie gezwungen werden – vorlegen, entsprechen freilich nicht strengen wissenschaftlichen Prüfkriterien, die in solch existenzbetreffenden Fragen angelegt werden sollten (vgl. Wedler 2008, 319 f). In psychiatrischen und suizidologischen Schriften fehlen die Hinweise, dass Freiheitseinschränkung in modernen Gesellschaften nicht primär durch psychische Krankheiten sondern durch sozio-ökonomische Benachteiligung, die Zementierung von Privilegienstrukturen und ökonomische und politische Entscheidungen erfolgt, wodurch u.a. psychische Krankheiten hergestellt werden. Auch die derzeitige ‚Sterbekultur' in Krankenhäusern und Heimen dient der Herstellung unfreier Menschen, weshalb es als Zeichen von Freiheit gedeutet werden kann, wenn sich jemand dieser ‚entfremdenden Kultur' durch Suizid entzieht. Suizidwächter und -pfleger verkaufen ihre spezifischen *Freiheits- und Selbsttechnologien* ohne Hinweise auf (un)erwünschte Nebenwirkungen, z.B. negative Primärgruppenbilanz oder kollektive Unfreiheitszementierung (vgl. Rose 2007). In den naiv-gestelzten und beschränkten psychiatrischen Freiheits- und Einengungsdiskussionen fehlt die Erkenntnis, dass Freiheits- und Autonomiediskurse in der kapitalistischen Gesellschaft auch Waren, Kapital und Waffen sind – z.B. im politischen oder medizinischen Geschäft, gerahmt von Habitus und Feld, und dass Heteronomie und Autonomie nirgends ge-

[773] „Das Konstrukt ‚Einengung (des Bewusstseins)' ist für eine generalisierende Beschreibung suizidaler Personen kaum geeignet, dagegen für Insassen von Pflegeheimen (vgl. Whitaker 2010)“ (Feldmann 2010d, 199). Auch für die Beschreibung des professionellen Handelns von Bankern, Finanzspezialisten und experimentierenden wissenschaftlichen Hilfskräften ist das Konstrukt gut geeignet.

[774] Gute Beispiele für diese zwangstheoretische Argumentation liefert – unfreiwillig (?) - Faust (o.J.)

[775] Teising ist offensichtlich von einem ‚Meer der Unfreiheit' umgeben (auch Situationen sind unfrei!), so dass er sicher Schwierigkeiten hat, darin frei zu bleiben.

trennt umherlaufen. Ein Mensch kann durch ‚Einengung' des Bewusstseins Autonomie[776] erlangen und durch den Kauf von ‚Freiheit', z.B. in Therapien, abhängig bzw. zum gefügigen Mehrwertproduzenten von Hoch- und Niedrigkapitalnehmern gemacht werden.

Das Freiheitszitat von Finzen[777] ist nicht einmal als schwache Hypothese verwendbar. Dass Menschen „Wirklichkeit aufgezwungen" wird, ist trivial. Die Annahme, dass „eine von außen aufgezwungene Wirklichkeit" automatisch zum (partiellen?) „Verlust von Freiheit" führt, ist nicht konsensfähig, kaum operationalisierbar und empirisch ungesichert (vgl. Fenner 2008, 135 ff).

In den Sterbeprozessen in Krankenhäusern, Heimen, Hospizen und Palliativstationen ergeben sich aus organisatorischen Gründen und aufgrund der artifiziellen Lebensverlängerung eine *aufgezwungene Wirklichkeit* und starke Handlungseinschränkungen für die Klienten – ein günstiges Klima für suizidale Vorstellungen. Hochwertige empirische Untersuchungen wurden bisher vermieden. Wenn solche suizidalen Vorstellungen unter diesen Unfreiheitsbedingungen gemäß den Berichten des Personals bzw. der Bezugspersonen nicht auftreten, dann ergibt sich dies, erstens weil die Betroffenen nicht mehr Kraft und Mut zur Abweichung und Selbstbestimmung aufbringen, zweitens weil sie nicht gehört werden (sollen) und drittens aufgrund des Abbaus und der Zerstörung der sozialen und psychischen Identität. Denn suizidale Vorstellungen alter Menschen sind oft Zeichen hochentwickelter sozialer und psychischer Identität – die in der Regel mit überdurchschnittlicher ‚Freiheitskompetenz' verbunden ist.[778] Ein wichtiger Faktor, der suizidale Wünsche begünstigt, ist nämlich die Behinderung eines autonomen und selbstständigen Lebens durch Kontextbedingungen (vgl. Ehrenberg 2005)[779].

Einblicke in die Pathologie der Professionen Psychiatrie und Suizidologie

Viele Ärzte und Psychiater sind in professionell geschnürten Korsetten befangen, verfügen nicht ausreichend über Reflexionskompetenz und zeigen zwanghaftes und ritualisiertes Verhalten. Ein Beispiel aus dieser Szene:

"It is estimated that close to 90% of people who suicide have a psychiatric diagnosis at the time of their death … But, argue those in favour of physician-assisted suicide, this does not apply to those with terminal illness. These are not people with despairing emotional states but rather rational human beings wanting a sensible degree of control over the circumstances of their death (Tucker and Steele, 2007). Again, the data simply do not support this[780]. Patients with terminal illness wanting to hasten their own death have been found to have higher rates of depressive symptom scores, lower family cohesion and a greater sense of being a burden on their families (Kelly et al., 2004). The strongest predictive factor for a wish to hasten death in those with terminal illness is not pain, or health status, but hopelessness (Akechi et al., 2001; Breitbart et al., 2000; Chochinov et al., 1998)" (Vamos 2012).

[776] Psychiater, von denen in Rechtssystemen Gutachten verlangt werden, verfallen mit ökonomischem Stolz dem Dogmatismus, dass ihre Operationalisierung von Autonomie universalistisch und allgemein gültig sei. Philosophierende Professionelle versuchen sophistisch, Klienten zu entmündigen, indem sie z.B. argumentieren, dass Leben die Voraussetzung von Autonomie sei und somit der auf seiner Autonomie beharrende Suizident am Suizid gehindert werden müsse.

[777] „Ich will nicht geltend machen, der Bilanzsuizid sei ein Ausdruck von Freiheit. Er ist vielmehr die bittere Konsequenz einer von außen aufgezwungenen Wirklichkeit" (Finzen, 1997, S. 15).

[778] Deshalb ist auch folgende These empirisch nicht haltbar: „Das Kriterium der Freiwilligkeit dürfte vor allem bei alten und kranken Menschen regelmäßig fehlen, da ihre Lebenssituation eine wirklich freie Wahl ausschließt" (Beckmann 2010, 30).

[779] Depression und Suizidalität werden durch die Diskrepanz zwischen fremd- bzw. selbsterwarteter Autonomie und Ressourcenmangel gefördert. Erfolgreiche Therapie zeigt sich in ihrer gesellschaftlichen Ambivalenz, wenn sie durch Einschränkung von Autonomie „heilt".

[780] Dass die eigene Argumentation – unabhängig von der Interpretation der ‚Daten' – schon Regeln der Logik widerspricht, fällt Vamos offensichtlich nicht auf.

Elemente der ritualisierten Argumentation: 90%, data, depression, burden[781], hopelessness. Dass es nicht um „data“ geht, sondern um doxa, dass Depression auch eine Ressource sein kann, dass Hoffnungslosigkeit rationalem Denken und Verhalten nicht ‚widerspricht‘, all dies darf nicht gedacht und geschrieben werden. Ein beachtlicher Teil der Mitglieder der internationalen psychiatrischen ‚Gemeinde‘ verhalten sich in ihren öffentlichen Auftritten wie Sektenmitglieder.

“Patients who desire death during a serious or terminal illness are usually suffering from treatable depression (Breitbart, 1987; Breitbart, 1990)” (Sher 2012). Implizites Postulat: Was behandelbar ist, muss behandelt werden, auch wenn die Behandlung nicht habitusadäquat ist. Implizites Werturteil: Wenn eine Depression eine ‚Ursache‘ des Wunsches nach Sterbeverkürzung ist, dann muss der Arzt unabhängig von anderen Überlegungen also dogmatisch gegen diesen Wunsch handeln. Implizite Wissenschaftsnorm: Abweichende Thesen müsse verschwiegen und symbolisch vernichtet werden.

“A request for assisted suicide is usually a call for help and a sign of depression (Greene, 2006). It is a call for positive alternatives as solutions for real, difficult problems” (Sher 2012). Implizites dogmatisches Realitätsverständnis (Zeichen mangelhafter wissenschaftstheoretischer und professioneller Ausbildung): Der Arzt weiß besser als der Betroffene über dessen ‚ganzen Menschen‘ (Habitus-Feld-Kapital-Konstellation) Bescheid. Der Arzt ist der Priester, nur er kann derartige Hilferufe korrekt interpretieren.

“The wish to die is not stable over time. Suicidal intent is typically transient. Of those who attempt suicide but are stopped, less than 4% go on commit suicide in the next 5 years (Rosen, 1976) and less than 11% will kill themselves over the next 35 years (Dahlgren, 1977)” (Sher 2012). Implizite Erkenntnis (Aufgrund von Ausbildungsmängeln können Psychiater häufig nicht zwischen Wissenschaft und Mythologie unterscheiden): Auch eine Person, die nur mehr ein paar Wochen Lebenszeit hat, würde sich in den kommenden 35 Jahren nicht umbringen. Implizite Gewissheit: Wünsche von Psychiatern sind stabil, Wünsche von Patienten nicht. Implizites Werturteil: Nicht stabile Wünsche von Patienten sollten von Ärzten missachtet werden.

“In some countries, governments and insurance companies may put pressure on physicians and hospital administrators to avoid life-saving measures or recommend euthanasia or assisted suicide” (Sher 2012). Implizite wissenschaftliche Norm in der Medizin bzw. Psychiatrie: Wissenschaftlich schwach oder nicht gestützte Behauptungen, die die Kapitalakkumulation im Rahmen der Profession stützen, sollen als absolute Wahrheiten der Öffentlichkeit mitgeteilt werden. Dies soll möglichst in einem Argumentationsrahmen geschehen, in dem dem Gegner die gleiche Kapitalakkumulationsgier unterstellt wird, die in der eigenen Profession vorherrscht.

These 27a: Wäre es für schwer kranke und sterbende Menschen kulturell und gesellschaftlich akzeptiert, ihr Leben gemäß ihren Wünschen selbstbestimmt zu beenden, so würde in dieser ‚Gruppe‘ der Anteil, der von dieser Option Gebrauch machen würde, allmählich bzw. kleinschrittig zunehmen.[782] Suizid und Beihilfe zum Suizid am Lebensende wären dann normale Phänomene – allerdings auch zivilisierter durchgeführt, als es derzeit der Fall ist. Der heutigen bürokratisierten Medikalisierung und wissenschaftlich und rechtlich gestützten ‚Normalisierung‘ von Schwerkranken und Sterbenden misstrauen trotz ökonomischer, rechtsstaatlicher, ethischer, religiöser und ‚evidenz-basierter’ Beflaggung immer mehr Menschen.

[781] Nach einer Untersuchung von Kogan/ Tucker/ Porter (2011) ist *Social Economic Burden* ein zentraler Einstellungsfaktor, während die psychiatrische Sekte es als Krankheitssymptom diffamiert.

[782] Dies würde auch Patientenverfügungen neuer Art und professionelle und technologische Unterstützung erfordern, die derzeit verweigert wird.

Sollen Menschen die Ratschläge von ‚Experten' ernst nehmen, noch zu warten und um Angehörigen die ‚Schande' zu ersparen oder aus sonstigen Gründen den Suizid aufzuschieben? Dient es der Förderung des Vertrauens in das ‚System', wenn Menschen aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid dringend wünschen, gemäß ihrer Würde und gemäß dem common sense der Mehrheit der Bevölkerung auch zu Recht, und ihnen diese Hilfe, die vielleicht nur in der Aussetzung lebenserhaltender Maßnahmen besteht, von mehr oder minder freundlichen ethisch und rechtlich gepanzerten Paternalisten betriebs- oder ‚personal'-wirtschaftlich rational, feurig oder gleichgültig verweigert wird?

Verbalisierungsbeispiele dieses *freundlichen Paternalismus*[783]:

> „Die angemessene Antwort auf die Bitte eines körperlich schwer erkrankten und zugleich depressiven Patienten[784] nach ärztlicher Suizidbeihilfe kann also nicht die Mittäterschaft bei der Herbeiführung des Todes sein" (Helmchen/ Lauter 2009, 162)[785].
>
> „Wir[786] wollen dem Menschen zusichern,... und sogar dass wir ihm seinen Selbsttötungswillen nicht ‚übel nehmen' werden" (Rest/ Witteler 2005, 106 f).
>
> „… Maßnahmen zu ergreifen, um dem alten Menschen den Suizid als letzten Ausweg aus einer desolaten und hoffnungslos wahrgenommenen Lebenssituation zu ersparen." (Erlemeier 2002, 163) Gemeint ist: „zu versperren".
>
> „Der Suizid ist eine endgültige Lösung für ein vorübergehendes Problem." (Prim. Priv.- Doz. Dr. Reinhold Fartacek**)**[787]
>
> **„** Es ist zwar schlimm, aber durchaus auch nachvollziehbar, wenn todkranke Menschen Suizidgedanken haben" (Prof. Armin Schmidtke).[788]
>
> „Jeder suizidale Mensch hat Anspruch darauf, dass ihm in seinem Selbsttötungsvorhaben widersprochen wird" (Bruns/ Hohendorf 2015, 169).
>
> Minder (2010, 131 f) meint in einer Diskussion des Berichts „Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe" von EXIT Schweiz, dass „ ... den Betroffenen … eine fehlinterpretierte Autonomie eingeräumt wird und somit einer zu grosszügigen Zustimmung zur Suizidbeihilfe Vorschub geleistet wird. Damit wird das Thema „Suizidalität im Alter" auf eine leider bedenkliche Art aus der Tabuzone geholt und der Suizid im Alter wohlwollend „salonfähig" gemacht."[789]

Klie und Student (2007, 114), die sich berufen fühlen, Hospize, Palliativdienste und das „gute Sterben" von aktiver Sterbehilfe und Suizid rein zu halten[790], behaupten, dass sie neue psychologische Studien auswählen, um ihre Thesen zu belegen, verwenden allerdings einen sozial- und kulturwissenschaftlich nicht reflektierten Tötungsbegriff und kramen veraltete Konzepte des „Überlebenstriebs" und der „Aggression" hervor:

---

[783] Sogar in den liberalen Niederlanden findet man bei Ablehnungen von Euthanasiewünschen eine paternalistische Begründung: "Not wanting to be a burden on the family, tired of living, and depression were more often reasons to request EAS in refused requests than in other groups" (Jansen-van der Weide/ Onwuteaka-Philipsen/ van der Wal 2005, 1703).

[784] Hier wird die falsifizierte Annahme unterstellt, dass ein Patient, der Beihilfe zum Suizid wünscht, auf jeden Fall unter Depressionen leidet (vgl. den Bericht bei Gill 2009, 29 f). Auch wenn ein schwerkranker Mensch depressiv ist, sollten seine Entscheidungen anerkannt werden, jedenfalls wenn man auf dem Boden der Menschenrechte steht.

[785] „Angemessen" wäre in einem solchen Fall eine offene Kommunikation, deren Ergebnis eine ärztliche oder nicht-ärztliche Suizidbeihilfe sein könnte.

[786] „Wir" ist ein verräterisches Wort. Es legitimiert in diesem Fall und meist eine hierarchische Führerstruktur, die durch das „Wir" als selbstverständlich und natürlich gesetzt wird.

[787] http://www.innenwelt.at/%E2%80%9Eder-suizid-ist-eine-endg%C3%BCltige-l%C3%B6sung-f%C3%BCr-ein-vor%C3%BCbergehendes-problem%E2%80%9C

[788] http://www.epd.de/landesdienst/landesdienst-bayern/schwerpunktartikel/w%C3%BCrdig-beim-sterben-begleiten

[789] Minder übernimmt unreflektiert alte christliche bzw. professionell legitimierte autoritäre staatliche Vorurteile, dass ein Suizid auf jeden Fall eine ‚selbstschädigende Handlung' sei, so wie der Widerstand gegen Hinrichtung und der Wunsch, in Sünde weiterzuleben, in früheren Jahrhunderten als selbstschädigend gegolten haben.

[790] Diese ‚Reinigung' und Ignoranz kann man auch in den Lehrbüchern zur Palliativmedizin von Knipping (2007) oder Kränzle/ Schmid/ Seeger (2007) diagnostizieren.

„Für einen Suizid benötigen wir[791] ein solch enormes Aggressionspotential, das gegen uns selbst gerichtet ist, dass es zu einem derartigen Aggressionsaufbau nur in extremen psychischen Krisen kommt."

Leitärzte und -suizidologen spielen gerne säkulare Oberpriesterrollen und neigen zu dämonisierender Projektion:

„Der Suizid im Alter, auch wenn er oft als überlegte Lebensbilanzierung verstanden wird, zeigt den Zusammenbruch bzw. das endgültig sich manifestierende Fehlen einer tragfähigen Wertorientierung." (Illhardt/ Wolf 1998, 1).

Aus dem Dschungel des fundamentalistischen Lebensschutzes stammt folgende quasitheologische und kryptowissenschaftliche Aussage über den Suizid:

„Will er als Herr über seinen Tod auch den Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen, macht er sich deterministisch zum Tier, beraubt sich seiner Freiheit als Mensch." (Dörner et al. 2004, 336)[792]

Der Suizidologe Wolfersdorf (2007, 20) listet ohne überzeugende Theoriestützung[793] sich überlappende Typen oder Formen der Suizidalität auf, wobei „rationaler Suizid", „Bilanzsuizid" oder „akzeptierter Suizid" nicht genannt werden. Der in diesem Abschnitt behandelte Suizidtyp entspricht am ehesten folgender Kategorie von Wolfersdorf: „so genannter Freitod (Selbsttötung in Abwesenheit psychischer, somatischer, sozialer Not)". Dass dieser Typ faktisch nicht existent ist, liegt auf der Hand. Warum eine „Selbsttötung in Anwesenheit psychischer, somatischer, sozialer Not" nicht „frei", „rational" und „sozial akzeptiert" erfolgen kann, bleibt ein Expertengeheimnis. Um die professionelle Blickverengung zu belegen, sei noch ein Zitat gebracht:

„Derjenige, der in seiner eigenen beruflichen Tätigkeit häufig älteren Menschen in suizidalen Krisen oder nach Suizidversuch begegnet, weiß, dass Suizidhandlungen älterer Menschen praktisch immer aus seelischen Leidenszuständen, häufig im Zusammenspiel mit äußerer Not, entstehen und nicht als Endpunkt einer nüchternen rationalen Entscheidung[794] (s.a. Teising 2001). Gefährlich ist, dass der, der die suizidalen Erwägungen eines Älteren als ‚rational' deutet, weniger bereit ist, Hilfe bereit zu stellen"[795] (Wächtler/ Erlemeier/ Teising 2008, 134).

Die üblichen Vorurteile und Stereotype kehren wieder: Die Suizidabsicht ist nicht „rational". Nur wenn sie „rational" wäre, käme vielleicht eine Akzeptanz in Frage.[796] Was „Hilfe" bedeutet, dürfen nur die professionellen Helfer definieren. Dem nicht dogmengerecht verfahrenden Helfer, der etwa Beihilfe zum Suizid leistet, wird gedroht. Hier gerät die ansonsten empirisch und hermeneutisch (psychoanalytisch) auftrumphende Selbsttötungswissenschaft in die selbst geschaffenen und herrschaftskonformen Sümpfe.

„Ein 89-jähriger Mann hat am Sonnabendmorgen seine vier Jahre jüngere, schwer kranke Frau getötet. Anschließend unternahm er einen Suizidversuch." Hinderk Emrich, Psychiater und emeritierter

---

[791] Wenn Klie und Student dieses Aggressionspotential benötigen, dann muss das ja nicht für andere gelten.

[792] Die groteske Aussage von Dörner et al. korrespondiert mit den unqualifizierten Bemerkungen von Kant (1990/ 1775), dem allerdings ein 200-Jahre-Bonus gegeben werden sollte: „Es erweckt also der Selbstmord ein Grausen, indem der Mensch sich dadurch unter das Vieh setzt. Wir sehen einen Selbstmörder als ein Aas an." (163) Zur Horizonterweiterung noch ein Zitat von Dostojewski (2001, 269): „Das Ergebnis ist klar: daß der Selbstmord nach dem Verlust der Unsterblichkeitsidee zur unvermeidlichen, bedingungslosen Notwendigkeit für jeden Menschen wird, der in seiner Entwicklung auch nur ein wenig über dem Tier steht."

[793] Auch wenn die 'Theorie' von Baechler (1981) und seine Typologie inzwischen als veraltet gelten, sind seine Begründungen differenzierter als es heute in der Suizidologie üblich ist.

[794] „… the data do not support the idea that suicide cannot be chosen rationally or that it is never chosen rationally, or even that it is rarely chosen rationally" (Luper 2009, 181).

[795] Wie üblich, werden keine brauchbaren empirischen Untersuchungen von Suizidologen genannt. Außerdem werden Personen, die Wünsche und Vorstellungen von ‚Älteren' für nicht ‚rational' halten, auch die ‚Würde' dieser älteren Menschen eher verletzen. Die Absurdität derartiger ‚Expertenurteile' lässt sich auch erkennen, wenn man das Ergebnis einer niederländischen empirischen Studie heranzieht, die zeigt, dass in zunehmendem Maße alte Menschen Suizid, Beihilfe zum Suizid, aktive Sterbehilfe und den vereinfachten Zugang zu Medikamenten für den Suizid befürworten (Buiting et al. 2012).

[796] „Ist es ‚rational', dass man als Ethikexperte nur bohrend die ‚Rationalität' des Suizids untersucht, aber nicht die ‚Rationalität' der Kapitalmehrungssucht von Milliardären oder der Legitimation von politischen Entscheidungen?" (Feldmann 2010, 201).

Professor der Medizinischen Hochschule Hannover: „Der Betroffene ist im Ausnahmezustand und handelt völlig irrational."[797]

Von einer anderen, reflektierten Warte aus gesehen, handelte Herr Emrich irrational, da er wissenschaftlich fragwürdige und Vorurteile bestärkende Aussagen in der Öffentlichkeit über einen ‚Fall' machte, den er gar nicht kennt. Herr Emrich vermied es, wissenschaftlich und gesellschaftlich interessante Fragen zu stellen: Warum gelang nicht ein harmonischer Doppelsuizid? Lag es an zu geringer Kapitalausstattung, dass (illegale) aktive Sterbehilfe nicht geleistet wurde, oder an anderen Faktoren?

Doch was soll man erwarten, wenn selbst ein Suizidologe am Max-Planck-Institut für Psychiatrie sich dem gültigen dogmatischen Referenzrahmen elegant unterwirft:

„Schließlich ist es die Ambivalenz[798] des Suizidgefährdeten selbst, die der Voraussetzung für einen Freitod, nämlich einer freien Entscheidung für den Tod und gegen das Leben, widerspricht." (Bronisch 2007, 124)

Der Begriff „Ambivalenz" wird von Bronisch individualpsychologisch oder persönlichkeitstheoretisch verwendet. Wie der gemäß Psychiatriekonstruktion idealtypische Suizident vertritt Bronisch eine eingeengte (monodisziplinäre) Perspektive. Ambivalenz und Ambiguität sind heute normale Erscheinungen im Sterbeprozess (vgl. Valentine 2008, 36 f; Broom/ Cavenagh 2011). In dieser verzwickten Lage ist nicht ein psychiatrischer Orakelspruch, der auf die konservative Ideologie und epistemische Dogmatik der Profession hindeutet, sondern eine multiperspektivische transdisziplinäre Betrachtung erkenntnisfördernd. Grundlegend ist eine *anthropologische* oder *existentielle Ambivalenz*, an der in allen Kulturen gearbeitet wurde und für die es keine eindeutige ‚Lösung' gibt (vgl. Hadders 2011, 231). Eine *kulturelle Ambivalenz*[799] lässt sich aus den beiden abendländischen Sterbeschlüsselszenen[800] des Todes des Sokrates und des Jesus Christus[801] herauslesen: ein hoher Anteil an Selbsttötung bei gleichzeitiger offizieller Betonung der je nach Betrachtungsweise legitimen oder illegitimen Fremdtötung[802]. Für die heutige Situation noch bedeutsamer dürfte die *gesellschaftliche Ambivalenz*[803] sein, die sich darin zeigt, dass Töten eine Sache des Staates und seiner treuen Diener ist und deshalb auch von staatlichen Funktionären *nicht* beauftragte Killer unter schwerer Strafandrohung stehen, jedoch gleichzeitig Suizid nicht mehr strafrechtlich verfolgt wird. Die *professionelle Ambivalenz* zeigt sich in den Einstellungen und Verhaltensweisen vieler Psychiater und Suizidologen: offiziell helfen, inoffiziell täuschen, bestrafen, demütigen, einengen, schwächen. Diese soziokulturellen Ambivalenzen spiegeln sich im Bewusstsein vieler Menschen und zeigen sich auch in Umfragen: Immer mehr Menschen akzeptieren aktive Sterbehilfe, befürworten folglich in staatlich kontrollierten Freiräumen individuell gewünschtes Töten, haben jedoch Bedenken beim Suizid (vgl. z.B. Tännsjö 2006)[804]. Tännsjö[805] äußert in philosophischer Naivität und Überheblichkeit sein Erstaunen über dieses Ergebnis: „Meine Interpretation dieser Diskrepanz lautet, dass Menschen gemeinhin keine wirklich durchdachte Auffassung zu diesen Fragen

---

[797] Hannoversche Allgemeine Zeitung 17.1.2011, 13.

[798] Ambivalenz ist bei hoher Entscheidungskompetenz häufiger zu finden als bei geringer Entscheidungskompetenz.

[799] Vgl. zu einer thanatologischen Ambivalenzdiskussion auch Kellehear (2007a, 106 ff).

[800] „den beiden großen Sterbekunstszenen Alteuropas" (Sloterdijk 2009a, 665).

[801] Schon John Donne (1982) hat in seinem Buch *Biathanatos* 1647 die Selbsttötung gerechtfertigt und den Tod von Jesus Christus als Suizid bestimmt.

[802] Für römische und teilweise für abendländische Eliten (z.B. Montaigne) war auch der Suizid von Cato dem Jüngeren ein wichtiges Modell für ein gutes wertvolles Sterben (vgl. Edwards 2007).

[803] Nach Beck und Bonß (2001) ist die so genannte *Zweite Moderne* durch Ungewissheit und *Ambivalenz* gekennzeichnet.

[804] Allerdings befürwortet inzwischen (2012) eine breite Mehrheit in Deutschland die ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid: „77 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass es Ärzten erlaubt sein sollte, Schwerstkranke beim Freitod zu unterstützen, wenn diese es selbst wünschen. Unter die strengen Sorgfaltskriterien fällt, dass die Patienten das suizidgeeignete Mittel selbst einnehmen müssen" (DGHS 2012, 7).

[805] Allerdings erweist sich der schwedische Philosophieprofessor Tännsjö als fortschrittlicher im Vergleich zu den meisten deutschen Philosophen, da er sich mit der Interpretation empirischer Forschung beschäftigt.

haben.“ (44)[806] Diese sozialwissenschaftliche Ratlosigkeit und argumentative Inkonsistenz ist auch in Beiträgen von RechtswissenschaftlerInnen feststellbar. Schumann (2006) weist um aktive Sterbehilfe Bittende exkludierend auf die Option des – selbstverständlich professionell und technologisch zu erschwerenden – Suizids hin, beschwört jedoch gleichzeitig emphatisch und leerformelhaft, dass „wir … endlich die soziale Dimension des Sterbens begreifen (müssen, KF), um den Bedürfnissen von Schwerkranken und Sterbenden gerecht zu werden“ (ebd., 85).

Dogmatiker, Paternalisten und Verifikationsgläubige wollen oder können nicht anerkennen, dass sich in der EU immer mehr Menschen den Reinheitsidealen und Autonomieeinschränkungen theologischer, medizinischer, juristischer und philosophischer Traktate, kirchlicher und sonstiger Pamphlete, standesärztlicher Verlautbarungen und politischer Sonntagsreden (vgl. Beck 2008, 180 f) ambivalent und multivalent verweigern.

> Eine in den Niederlanden von 2001 bis 2009 durchgeführte für die Population der über 64-jährigen repräsentative Längsschnittstudie ergibt, dass ein zunehmender Anteil der alten Menschen sich für aktive Sterbehilfe und die Erleichterung des Zugangs zur „end-of-life pill“ aussprechen (Buiting et al. 2012).

Am Ende dieses Abschnitts noch ein erhellender Vergleich. Was die empirische Forschung über Haltungen von LehrerInnen gegenüber Migrantenkindern herausgefunden hat (Auernheimer 2008, 461), lässt sich verblüffend gut auf die Haltungen von Psychiatern und Suizidologen gegenüber Suizidenten übertragen:

1. Fixierung auf fremde ‚Mentalitäten‘,
2. Differenzblindheit (Differenzen zwischen Gruppen und Individuen),
3. pauschaler ‚Fundamentalismus‘-Verdacht (der eigene ‚Fundamentalismus‘ wird auf die Klienten übertragen),
4. Forderung nach Assimilation und Normalisierung,
5. ausgrenzende „Toleranz“,
6. Mission (Heilung, Prävention),
7. kein Infragestellen eigener Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster,
8. Infantilisierung, Unterstellung von Irrationalität und Unmündigkeit.

Defizitorientierung

Defizitansätze oder –modelle[807] beziehen sich meist auf benachteiligte, „andersartige“ Personen und Gruppen, meist Minderheiten: alte Menschen, Behinderte, Menschen anderer „Rasse“, Prostituierte, Schulabbrecher, Arbeitslose, Kranke etc.[808] Die gesellschaftlichen Grundlagen von Defizitansätzen sind Normierung, Normalisierung, Standardisierung, Zentralisierung, Selektion und Exklusion, eine semantische Gegenwelt würde Heterogenität, Diversität, Inklusion, Selbstbestimmung und Dezentralisierung priorisieren.

Humanwissenschaftliche und parawissenschaftliche Defizitansätze können u.a. folgende manifeste und latente soziale Funktionen oder Wirkungen haben:

- Sie stützen herrschende Gruppen, deren Ideologien und Codes (vgl. Valencia 2010, 4).
- Sie begünstigen Statuserniedrigung, Ausgrenzung und Stigmatisierung von sozialen Gruppen, wobei sie paradoxerweise gleichzeitig – in der Regel erfolglos – dagegen ankämpfen.

[806] Brock (1992, 21) meint, dass Menschen aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid durch Ärzte wünschen, da der (unbegleitete und unautorisierte) Suizid für sie und ihre Bezugspersonen Stigmatisierung bringe.
[807] Defizitansätze sind wissenschaftlich legitim, doch sie sollten kritisch betrachtet werden, wenn sie – wie es beim Suizid und der aktiven Sterbehilfe der Fall ist – dogmatisch und mit großer gesellschaftlicher Macht ausgestattet auftreten.
[808] Man kann analytisch zwischen wissenschaftlichen Defizittheorien und Defizitpraktiken unterscheiden. Metatheoretisch bedenkenswert ist die Beobachtung, dass in einem Wissenschaftsbereich Defizittheorien oder Positivierungstheorien dominant sind.

- Sie sollen im Interesse privilegierter Gruppen eine Solidarisierung mit Personen und Gruppen, die abgewertet werden, verhindern.
- Sie sollen erwünschte Erklärungen, Perspektiven und Wertungen wissenschaftlich adeln und unerwünschte Diskurse unterdrücken.
- Sie sollen Aktivitäten, die strukturelle Änderungen anstreben, schwächen.
- Sie dienen der Professionalisierung und Klientenrekrutierung.

Allerdings sind Defizitkonstrukte in einer modernen globalisierten konkurrenzorientierten Gesellschaft strukturell unvermeidlich. Sie sollten also nicht dogmatisch bekämpft, sondern perspektivisch und kritisch beobachtet und kommentiert werden. Solche voluntaristischen Sätze verdecken die harten ökonomisch und politisch gesponserten semantischen Kämpfe. Die herrschenden Defizitkonstrukte werden multidimensional durch Bildung, Medien und sonstige Propagandamittel verbreitet und vor Konkurrenz geschützt.

Defizitorientierung von Institutionen und Wissenschaften

Die Medizin ist eine primär defizitorientierte Institution und Wissenschaft. Krankheit ist das zentrale Konstrukt und nicht Gesundheit oder gar Wohlbefinden[809]. Auch die mit der Medizin verbundene Psychologie war stark defizitorientiert, wobei sich Gegentendenzen zeigen (vgl. Seligman 2011). Das Rechtssystem ist ebenfalls nicht primär auf Wohlbefinden und Glück von Personen und Gruppen gerichtet, sondern auf Intervention bei Störungen einer herrschaftlich gesetzten Ordnung. Auch im Bildungssystem stehen nicht die Freude am Lernen, die allseitige Entwicklung der Persönlichkeit und die nachhaltige Gesellschaftsformung im Zentrum, jedenfalls in der Einschätzung der Klienten und der meisten Professionellen, sondern die Defizitsichtweise, Selektion, Exklusion, Segregation.

Als historische, kulturelle und soziale Produkte verändern sich Defizitansätze, was folgende Beispiele zeigen: Homosexualität, nicht-christliche Religionen in Europa, Hautfarbe, Gender, Scheidung, Empfängnisverhütung. Wenn man kulturelle und historische Vergleiche durchführt, erkennt man, dass auch bei heute angeblich ‚objektiver' und ‚undiskutabler' Defizitperspektive immer Personen und Gruppen zu finden sind, die diese „böse", „negative", „unnatürliche", „unmenschliche" etc. Sache positiv bewerten. Anerkannte wissenschaftliche Defizitpositionen sind in der Regel politisch, ökonomisch und professionell gestützt und sollten möglichst durch Gegenpositionen ergänzt werden – soweit sich dies für die entsprechend engagierten Wissenschaftler nicht allzu lebensmindernd auswirkt.[810]

Die Defizittheorien und -diskurse, die auf Suizid und aktive Sterbehilfe gerichtet sind, wurden früher religiös und herrschaftsorientiert (der Untertan als Eigentum des weltlichen und/ oder sakralen Herrschers bzw. des Staatsadels) legitimiert und heute werden sie zusätzlich medizinisch-psychologisch unterfüttert.[811] Das medizinische System und auch große Teile des Wissenschaftssystems sind im Dienste des Staates und teilweise auch anderer hierarchisierender und unterwerfender Institutionen, Wirtschaft, Religion etc., tätig. Es liegt im Interesse großer Teile des Staatsadels und seiner Verbündeten, über ein Lebens- und Sterbemonopol zu verfügen, also über ein ausgeweitetes Gewaltmonopol. Menschen, die abweichend von staatlich legitimierter Leitung und Normierung Leben und Tod gestalten, müssen mit Sanktionen rechnen. Das Strafrecht erfasst jedoch nur einen Teil entsprechender Abweichungen[812], der andere

[809] Der Wechsel von einer Defizitorientierung zu einer Ressourcenorientierung wurde zwar häufig gefordert, hat jedoch nur in Ansätzen stattgefunden.

[810] Im deutschsprachigen Raum ist eine solche Alternativposition zur herrschenden Defizitperspektive zu den Themen Suizid und aktive Sterbehilfe für Jungwissenschaftler in den Bereichen Medizin, Philosophie, Theologie und Rechtswissenschaft nicht empfehlenswert, da damit wahrscheinlich ihre wissenschaftliche Karriere beschädigt würde.

[811] Vgl. zu schwächlichen Alternativen zu Defizittheorien des Suizids Rogers/ Lester (2010, 34 f).

[812] Noch immer wird in vielen Staaten Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt; also gilt die einer common-sense-Logik absurd erscheinende Regelung, dass die Unterstützung einer straffreien Handlung bestraft wird. Doch Inkonsistenz ist ein Cha-

Teil wird u.a. durch Defizitheorien und –praktiken herrschaftsgesteuerter Professioneller bearbeitet. Selbstverständlich darf der Defizitansatz der Suizidologie und Psychiatrie offiziell so nicht bezeichnet werden, schließlich dienen Ausbildung und Wissenschaft in diesen Bereichen auch der Herstellung und Festigung von Nichtwissen, Unwissen, Fehlwissen und Wissensscham.[813]

> „Wir müssen dabei heute zur Kenntnis nehmen, dass es eine Suizidalität auch außerhalb von Medizin/bzw. eines medizinischen Störungskonzeptes gibt [z. B. Opfertod der Märtyrer, Amok, Terroristensuizide als Methode der Kriegsführung]" (Wolfersdorf 2011)[814]. Wolfersdorf spricht von einem „Wir", der ‚aufgeklärten doxa', die pseudoliberal und pseudowissenschaftlich den gnädig entmedikalisierten ‚Freiheitsraum' medial vergruselt.

Da bei suizidalen Personen signifikant häufiger physische, psychische und soziale Dysfunktionen[815] entdeckt werden als bei der ‚Normalbevölkerung', schließen die meisten Experten, dass diese Dysfunktionen die ‚Ursache' der Suizidalität seien. Allerdings könnte man auch – was ja alltagstheoretisch, philosophisch, juristisch und auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse – begründbar und legitimierbar ist, dem Ich, Selbstbewusstsein, psychischen System etc. eine Eigenqualität und eine begrenzte ‚Privatwelt' zubilligen[816]. Der ‚Ursachenbegriff' und seine jeweilige professionelle Rationalisierung und Ritualisierung geraten dann in ein Feld der *Reflexion* und der nicht-linearen Dynamik. Doch dies ist Theorie ohne Kapital. ‚Legitimierte Wirklichkeit' dagegen ist: Für die das Suizidfeld beherrschenden Psychiater sind suizidale Vorstellungen und Planungen Zeichen schwerwiegender psychischer Erkrankung, für viele Soziologen sind in der Nachfolge von Durkheim Suizidraten von Kollektiven Symptome gesellschaftlicher und kultureller Dysfunktion[817], für die meisten Philosophen und Theologen ist die Akzeptanz von selbstbestimmter Lebensverkürzung ein Zeichen moralischen oder ethischen Verfalls.[818]

> „Gemeinsam ist allen Positionen[819] die Betrachtung des Suizids als deviante Sterbensform, gemeinsam die Berufung auf Wissenschaftlichkeit und die Rechtfertigung intervenierenden professionellen und institutionellen Handelns im Sinne eines Anspruchs der Sterbensverhinderung und der Lebensrettung" (Eichinger 2010, 204).

Durch diese multiperspektivisch-dogmatische politisch und ökonomisch gestützte Priesterwahrheit und –kontextualisierung wird in vielen suizidalen Personen das Phänomen der *doppelten Verzweiflung* erzeugt oder unterfüttert. Sie sind mit ihrer Lebenssituation extrem unzufrieden, doch durch die kulturell und sozial hergestellte ‚Höllensphäre' werden sie noch zusätzlich unglücklich und verzweifelt. In dieser Situation vergesellschafteter Verdammung und

---

rakteristikum von Rechtssystemen. Schließlich begünstigen sie auch, dass Personen, die strafbare Handlungen begehen, belohnt werden.

813 Der Autor dieser Schrift bittet darum, ihm deutschsprachige Texte zu nennen, in denen die suizidologischen bzw. medizinischen Defizittheorie(n) des Suizids kritisch analysiert werden.

814 http://www.strafrecht1.uni-bayreuth.de/de/teaching/WS11-12/03_Psychiatrie/Kleistfestival_Berlin_Suizid_Entfassung_20_11__2011_Prof__Dr_med_Dr_h_c_Manfred_Wolfersdrf_Bayreuth__2_.pdf

815 Diese Dysfunktionen sind gesellschaftlich definiert, d.h. Theorien und Typologien der Dysfunktionen oder Störungen sollten ideologiekritisch, wissens- und wissenschaftssoziologisch analysiert werden.

816 Wenn man dem psychischen System systemtheoretisch Autonomie zubilligt, so gehören die wissenschaftlichen Stellungnahmen und die professionellen Diagnosen (bestenfalls) zur Umwelt und werden transformiert. Die Transformationen könnte man wieder wissenschaftlich untersuchen usw.

817 „And while Durkheim challenged the psychiatric notion that suicide is psycho-pathological, he did not challenge the view that it is pathological, arguing only that it is sociopathological: rather than abnormalities within the individual organism, it arises from abnormalities within the social organism" (Bayatrizi 2010a, 649).

818 In einer funktional differenzierten Gesellschaft haben die jeweiligen Experten, auch wenn sie sich aufgrund unterschiedlicher Positionen in Feldern, Disziplinen und Subsystemen widersprechen, „letztlich recht" (Nassehi 2010, 351). Haben sie tatsächlich „recht"? Sie beherrschen doxa, illusio, verfügen über Macht und Kapital. Sind alternative Feld-, Wissenschafts- und Subsystemkonstruktionen, Positionen und Sichtweisen, auch wenn sie erfolgreich negiert oder unterdrückt werden, auf jeden Fall im „Unrecht"? Luhmannismus wirkt ‚hegelianisch', ‚affirmativ' und konformistisch: „Auch diese professionellen Perspektiven werden dadurch vernünftig, dass sie tun, was sie tun müssen." (ebd., 352)

819 Eichinger meint die dominanten Positionen der Psychiatrie, Soziologie und Psychoanalyse.

wissenschaftlich geweihter Stigmatisierung des Suizids können das eigene Leben, die Gemeinschaft und die Organisation totalitäre Züge erhalten.

These 27b: Ein großer Teil der Suizide wird über soziale Prozesse als Scheitern konstruiert. Der Suizident führt im Dienste der Gesellschaft, teilweise geleitet von professionellem Personal, das Opfer des Scheiterns durch, um Werte, Normen, Herrschaft und die Psychiatrie zu legitimieren.

Die Lagerhaltung[820] in Pflegeheimen und geschlossenen Anstalten führt dazu, dass einerseits suizidbegünstigende psychosoziale Lagen erzeugt werden und andererseits mit Zwangsmitteln versucht wird, Suizide zu vermeiden oder zu vertuschen. Dies lässt sich aus den Erfolgsmeldungen von Leitungspersonen erschließen, dass es in ihrem Heim in den vergangenen Jahren keinen einzigen Selbstmord gegeben habe.

Um keine Akzeptanz für Suizidalität aufkommen zu lassen, werden in der psychiatrischen Praxis und der diese ‚begleitenden Wissenschaft' skurrile Konstrukte geschaffen:

- z.B. ein ‚Suizidmodell' für alte Menschen, „bei denen ein lebenslanger Charakterdefekt psychopathologisch unsichtbar bleibt, bis altersbedingte Lebensveränderungen dieses Defizit offenkundig machen" (Altenhöfer 2007, 148).
- Krankheitskonstrukte wie *spiritual distress* und *Demoralisierung*, für die softe Formen von Gehirnwäsche angeboten werden: pastoral counseling, meaning-centered therapy, dignity-enhancing therapies (Cherny 2010).[821]
- Ressourcenideologie (bestenfalls verbunden mit verifikatorischer Forschung):

„Präventiv gegen Altersüberlastung wirken zudem soziale Einbindung und emotionale Unterstützung, sinnstiftende Lebensinhalte sowie eine zeitige Beschäftigung mit den Realitäten des Alters. Verluste und Einbußen sind mit herannahendem Lebensende zu antizipieren. Alle diese Ressourcen stehen Menschen, die an den Problemen des Alters verzweifeln und ihr Leben vorzeitig beenden, nicht zur Verfügung" (Erlemeier 2010, 185)822

Scheinbar neutral formulieren Wolfersdorf, Maurer und Schüler (2009, 316): „Suizidales Denken und Verhalten ist keine Erkrankung, nicht einmal ein Syndrom, sondern lässt sich als grundsätzliche Fähigkeit verstehen, über die Beendigung des eigenen Lebens nachzudenken und entsprechend zu handeln oder auch nicht." Doch nach dieser Öffnung erfolgt sofort die medizinische Schließung. Es wird nur mehr von Krankheit und Suizidprävention gesprochen, Anerkennung der ‚Suizidkompetenz'[823] (vgl. Joiner 2005[824]) oder offene Beratung werden ausgeschlossen.[825]

> „Eine unvoreingenommene, ergebnisoffen geführte und vertrauensvolle Beratung – man könnte sagen: eine Suizidkonfliktberatung – könnte dazu helfen, das Thema Suizid und Suizidbegleitung am Lebensende aus der gesellschaftlichen Grauzone herauszuholen und die Dunkelziffern zu reduzieren. Hiermit würde – ein wichtiger Punkt – sogar ein Beitrag zur Suizidprävention geleistet" (Kreß 2012).

---

[820] Lagerhaltung, Kasernierung und die damit verbundenen Versorgungsketten sind ein Grundprinzip von Gesellschaften, das allerdings durch Verwissenschaftlichung, Technologisierung und Ökonomisierung eine institutionelle Eigendynamik gewonnen hat, die ständige kritische Analysen benötigt.

[821] *Dignity Therapy* ist ein Luxusphänomen, das selbstverständlich auch positive Aspekte in sich trägt, doch die Kontextbedeutung wird evidenz-basiert und professionell ausgeblendet (vgl. Hack et al. 2010).

[822] Gerade bei Suizidenten sind zentrale Humanressourcen vorhanden, über die die meisten schwer kranken bzw. sterbenden Heim- und Krankenhausinsassen nicht mehr verfügen.

[823] Ist es nicht eigentümlich, dass Kompetenzen, die andere Menschen schädigen, z.B. bei Soldaten, Managern, Politikern u.a., zumindest partiell anerkannt werden, doch eine Kompetenz, die dagegen relativ wenig (fremd)schädigend wirkt, und zusätzlich zur Steuerung des eigenen Lebenslaufes und zur Erhaltung personeller und kultureller Identität beitragen kann, generalisierend verabscheut wird? Aufgrund der dogmatischen Funktionärs- und Expertenideologie darf auch das Wort *Suizidkompetenz* nicht verwendet werden.

[824] Joiner und andere Suizidologen verwenden den negativ konnotierten Begriff „capability for suicide".

[825] Dass in diesem Kontext Wissenschaft primär instrumentell zur Durchsetzung paternalistischer Herrschaft eingesetzt wird, kann z.B. an dem von den Autoren mehrfach verwendeten Wort „schicksalhaft" abgelesen werden.

Suizid und Suizidkompetenz als Ressourcen[826]

Armut wird zu Recht als zu bekämpfendes Defizit betrachtet. „*Poverty* is not simply a deficit, for that is simply to adopt the commodity-based perspective of the north; *poverty* can also be a resource. Attributing agency to the poor is a common principle in alternative approaches …” (Nederveen Pieterse 2010, 112). Armutsprävention ist mit der Anerkennung von Personen, die sich freiwillig der Armut hingeben und somit die Ressource nutzen, kompatibel.[827] Auch Suizidalität und Suizidkompetenz sind wichtige persönliche und gesellschaftliche Ressourcen.[828] Die Ablehnung dieser These ist mit Eurozentrismus, der Ideologisierung wissenschaftlicher Erkenntnis und Dogmatismus verbunden. Indirekte und implizite Formen der Anerkennung einer derartigen Kompetenz sind auch bei manchen der innerlich und äußerlich stark überwachten und gerahmten SuizidologInnen merkbar. Niederkrotenthaler et al. (2010, 241) haben in ihrer empirischen Studie über Medieneffekte die ‚überraschende' Feststellung gemacht, dass Beschäftigung mit Suizid nicht unbedingt einen Beitrag für ‚krankhafte' Suizidalität leisten muss. „Reporting of individual suicidal ideation (not accompanied by attempted or completed suicide) was associated with a decrease in suicide rates.” Die Wirksamkeit dieses so genannten *Papageno-Effekts* darf im Herrschaftsraum der Suizidologie und Psychiatrie nur durch eine Verringerung der Suizidrate, nicht etwa durch Kultivierung der Person, der Gruppe oder sonstige qualitative Veränderungen festgestellt werden (vgl. auch Wolfersdorf/ Etzersdorfer 2011, 143 ff).

Begünstigend für ein verfestigtes Defizitdenken wirkt, dass im Bereich Sterben nach wie vor die Ideologie oder der Mythos des „Guten und Bösen“ gepflegt wird.[829] Solche Mythen, Fixierungen und Dogmen behindern die Entwicklung einer offenen wissenschaftlichen und demokratischen Konfliktkultur – sie sollen sie auch gemäß den Interessen herrschender Akteure behindern.

Charakteristisch und entlarvend für die semantisch-gesellschaftliche Lage und die professionellen Mängel erweisen sich die Google-Eingaben: „guter Suizid“ und „würdiger Suizid“.

> „Good suicide“ taucht fast nur in Schriften über Autoren früherer Jahrhunderte auf, z.B. John Donne. Eine Ausnahme stellt der Aufsatz des niederländischen (!) Sozialwissenschaftlers Sjaak van der Geest (2004) „Is waardige zelfdoding mogelijk“ dar. „Meaningful suicide“ erscheint bei Google Scholar einmal in einer Beschreibung einer anderen Kultur und einmal als eine Deutung einer Mitgliedschaft bei einer verfolgten politischen Gruppe.

Auch in der ausdrücklich Vorurteile bekämpfenden Fachliteratur wird das Thema Suizid fast ausschließlich defizit-orientiert behandelt[830] – mit ganz wenigen Ausnahmen (vgl. Lester 2003, 2006; Szasz 1999; Wittwer 2003; Fenner 2008). Doch Depression und Suizidalität können nicht nur als Symptome von Krankheiten angesehen werden[831], sondern als der subjektiven Lebensqualität bzw. der persönlichen Lage angemessene Gefühle, Skripte und Vorstellungen[832].

> „For some, even a small some, dying alone in suffering, or by suicide in their own homes, may represent dissent or a refusal to take the meagre social care choices offered to them” (Kellehear 2009b, 16).

---

[826] Vgl. Maltsberger et al. 2010.

[827] Zweifellos nutzen Reiche die Ressource Armut, um reich zu bleiben oder noch reicher zu werden. So nutzen auch Psychiater und Suizidologen die Ressource Suizid, um sich zu professionalisieren und soziale Anerkennung zu erhalten.

[828] In religiösen Weltanschauungen werden Defizite, z.B. Schmerzen oder Leid, als Ressourcen anerkannt.

[829] Was Knecht (2006, 267) über fundamentalistische Gegner der Abtreibung sagt, gilt auch für die radikalen Gegner der aktiven Sterbehilfe: „Abtreibung erscheint hier ... als ein Symbol des Bösen schlechthin, in dem sich die Destruktivität der Gegenwartsgesellschaft verdichtet.“

[830] Als Beispiel: Zimmermann-Acklin (2008, 85) ‚begreift' den Suizid mit der Zange: „Grenzüberschreitung in extremen Ausnahmefällen“. Ganz ähnlich Wunder (2012, 1073): „zugespitzte Einzelfälle“, „außergewöhnliche Notfälle“.

[831] Vgl. zur Kritik an der Verwendung des Konstrukts *Depression* Fenner (2008, 213 ff).

[832] Auch in solchen Fällen werden die meisten gut informierten und wohlhabenden Personen entscheiden, Psychopharmaka zu nehmen.

Gemanagte Depressivität kann im Alter und bei schwerer chronischer Erkrankung eine Ressource sein, die es einem Menschen ermöglicht, in Würde und selbst bestimmt zu sterben, wenn er nicht von Psychiatern, die nur den eingeengten Blick der Pathologisierung und Normalisierung auf ihn richten, daran gehindert wird.

> "Preemptive suicide … may be viewed by an increasing number of persons as a reasonable choice for those who wish to avoid the debilitating aspects of aging and the prospect of living in a diminished state due to cognitive, physical, and psychological decline (Prado, 1998). This perspective challenges the assumption that all suicides are irrational, impulsive, or the product of serious depression or other mental illness. Cohen (1998) and others (Hardwig, 2009; Prado, 1998) make a strong case for a nuanced view of patients who take their lives that would accept suicide as a self determined end of life closure, a rational, coherent, and meaningful action" (Heinrich/ Morgan/ Rottman 2011, 191).

Geleitet von einer liberalen, emanzipatorischen und Vorurteile distanzierenden Sichtweise sollten der Suizid und seine Beihilfe nicht nur aus Krankheits- und Kriminalitätsperspektiven untersucht werden, und die von der Ethik der Herrschenden abgelehnten Formen der Lebens- und Sterbehilfe sollten nicht nur als verwerfliche, im Extremfall widerwillig akzeptierte ‚böse' oder ‚schlechte' Ereignisse[833], sondern als sozio-kulturelle Handlungen von Menschen in einer modernen Gesellschaft betrachtet werden. In einer Untersuchung von Cicirelli (1998) äußerten 31 % der befragten alten Menschen, dass Suizid eine für sie akzeptable Vorstellung sei. In einer ‚psychologischen Autopsie-Studie' alter Menschen, die Suizid begangen haben, wenden sich die AutorInnen von der einseitigen Krankheitsperspektive ab und nennen die Handlungen nach gründlicher Analyse „existential choices" (Kjølseth/ Ekeberg/Steihaug 2010).

Dass Frauen sexuell aktiv sind und absichtlich auf Kinder verzichten, galt früher als unnatürlich, sündhaft, pathologisch und verwerflich. Inzwischen wird dies als Lebensform in einer modernen Gesellschaft anerkannt. Dass Personen auf sexuelle Aktivität verzichten, wurde in vielen Kulturen und wird auch heute von kultivierten Menschen akzeptiert. *Ebenso kann jemand auf seine terminale Restzeit, auf seinen psychischen oder sozialen Abstieg oder auf fortschreitende Demenz durch Suizid, Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe verzichten – Askese[834], Egoismus, Altruismus, Würde, Ästhetik, Innovation?* Ein solcher Verzicht kann egoistisch oder altruistisch, reflexiv oder affektiv, rational oder irrational ‚begründet' sein. Jedenfalls besteht in einer offenen pluralistischen Gesellschaft kein zwingender Grund, Überwachungsprofessionelle (Ärzte, Richter, Priester etc.) einzuschalten. Die konformistischen Experten in der Psychiatrie und anderen Wissenschaftten sind daran interessiert, solche Entscheidungen als egoistisch und krankhaft zu brandmarken und Profitterritorien zu erhalten. Doch – wie schon erörtert – können Suizidenten durchaus altruistisch und gesund[835] sein. Die ‚altruistische' Fremdtötung durch Sicherheitskräfte (Polizei, Militär) wird anerkannt, doch die altruistische Selbsttötung, die nicht von staatlichen Autoritäten befohlen wird, harrt noch ihrer Anerkennung.

Die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte[836] oder Sterbehilfeorganisationen[837] wird ‚verteufelt', ohne dass für eine solche Verurteilung ausreichende „ethische Gründe"[838] oder empirisch gestützte

---

[833] Ein typisches Zitat aus der Schrift eines ‚wahrheitsbesitzenden Humanitätsexperten': „Der ‚assistierte Suizid' als besondere Form der Sterbehilfe … ist … im wahrsten Sinne unmenschlich" (Tirschmann 2009, 263).

[834] Ein moderner Begriff *Askese* wäre etwa folgendermaßen zu definieren: Selbstbestimmte Kontrolle der drei Identitätsteile: Physis, Psyche und Sozialteil mit den Schwerpunkten Verzicht, Vereinfachung, Verwesentlichung. Welt- oder Feldflucht und Körperverachtungskompetenz sind Aspekte dieser modernen Askese.

[835] Es gibt nur perspektivische, durch Gruppenkonsens oder Herrschaft gesicherte und durchgesetzte Begriffe ‚Gesundheit' und ‚Altruismus'.

[836] Nur wenige sehen es als konsistent und den realen Bedürfnissen von extrem Leidenden als angemessen an, dass zwar Beihilfe zum Suizid in Deutschland straffrei ist, jedoch Ärzte standesrechtlich keine Beihilfe zum Suizid leisten dürfen.

[837] Die Schweizer Organisation EXIT arbeitet übrigens transparenter und kundenfreundlicher als viele deutsche Pflegeheime.

„rationale Gründe" vorliegen[839]. Statt Theorien und Theorieprüfungen werden herrschaftskonforme Begründungsrituale geliefert – nicht nur von Funktionären, sondern auch von WissenschaftlerInnen und anderen hochkulturellen Leistungs(ideologie)trägern.[840]

Übrigens werden auch indirekte Defizitkonstruktionen zur Stigmatisierung und Delegitimation verwendet. Ein schönes Beispiel: „Der Suizid wurde als «tragische Handlung» aufgefasst, die aus einer Situation der Hoffnungslosigkeit, Sinn- oder irgendeiner Ausweglosigkeit gewählt wird und sich dem rationalen Schema der Legitimität entzieht" (Rehmann-Sutter 2008, 1302).

Defizitkonzeptionen verfestigen sich aufgrund professioneller Deformation und provinzieller Erfahrungskulturen. So wie Gefängniswärter und –direktoren nicht die einzigen Sachverständigen für kriminelle Abweichung sind, sind Psychiater, die reduktionistisch ausgebildet wurden und es mit einer (nicht repräsentativen) Auswahl von Fällen zu tun haben, nicht die einzigen Experten für Suizid, und Personen, die professionell in Intensivstationen, Hospizen oder Palliativstationen arbeiten, sind nicht die einzigen Sachautoritäten für Modellierung, Gestaltung und Bewertung des Sterbens.

Dass die Expertentexte zur aktiven Sterbehilfe, die Suizidologie und die Erfahrungs- und Populärdiskurse zu diesen Themen ritualisiert defizitorientierte Ansätze verbreiten, dient dazu bzw. legitimiert, die betroffenen Personen zu isolieren und zu ‚entkommunizieren' und andere Personen zu hindern persönliche und existenzielle Projekte zu unterstützen[841] (vgl. Feldmann 1998). Nach wie vor werden Personen bestraft, die abweichende Sterbewünsche äußern, und Bezugspersonen von abweichend Sterbenden (Suizid etc.) werden stigmatisiert. Die Bestrafung erfolgt sowohl extern als auch intern. Interne Bestrafung bedeutet: Schuld für den abweichenden Todesfall bei sich suchen, Selbstisolation, damit man die unangenehmen Reaktionen anderer vermeidet usw.

Exkurs: *Suizid und Bestrafung*

Kinder, die in ihrer Familie häufig physisch bestraft wurden, begehen als Jugendliche oder Erwachsene signifikant häufiger Suizidversuche als Kinder, die nicht bestraft wurden (Hardt et al. 2008).

Suizid kann dazu dienen, einer (vorgestellten) Bestrafung zu entgehen, doch er kann auch zu einer (vorgestellten) Bestrafung einer Bezugsperson dienen (Manning 2010).

Nach einem vollendeten Suizid können die Leiche oder die Familienmitglieder oder die Person bzw. Seele ‚jenseitsorientiert' bestraft werden.

Personen mit unbewussten Wünschen nach schwerer Selbstbestrafung oder Selbstvernichtung können in Staaten, in denen die Todesstrafe für schwere Verbrechen vorgesehen ist, entsprechende Verbrechen begehen, damit diese unbewussten Wünsche erfüllt werden (Devine 2010).

Nach dieser kritischen Betrachtung werden hier beispielhaft nicht-defizitäre Annahmen und Hypothesen aufgestellt[842]:

1. Eine Suizidprävention, die nicht fundamentalistisch einem Defizitansatz huldigt und sich umfassenden und pluralistischen Lebens- und Kulturentwicklungsansätzen öffnet,

---

[838] „Ärztliche Suizidbeihilfe ... verstösst nicht nur nicht gegen das wohlverstandene ärztliche Ethos, sondern ist mit diesem positiv vereinbar" (Schöne-Seifert 2006, 64). Vgl. auch Wittwer (2009, 85 ff), Birnbacher (2006b) und Fenner (2007). Auch verfassungsrechtlich ist das Standesrecht zu kritisieren (Barth 2012).

[839] Das Beispiel Oregon liefert eine Bestätigung für die Thesen der Befürworter der Beihilfe zum Suizid (vgl. Dahl 2006a).

[840] Eine schlüssige und gut verständliche Begründung für die Rechtmäßigkeit von Organisationen, die Beratung und Hilfe bei Suizidwünschen vermitteln, z.B. EXIT, liefern Merkel und Häring (2015).

[841] Fenner (2008, 107) unterscheidet zwischen *solistischem* und *assistiertem* Suizid. Sie schlägt vor, durch Beratung und andere Maßnahmen die solistischen Suizide zu verringern und die assistierten Suizide unter festgelegten Bedingungen zu stützen.

[842] Da diese Thematik bisher kaum erforscht wurde, handelt es sich um einen Versuch, solche Annahmen aufzustellen.

könnte von dem Problem Lebensmehrung und –minderung ausgehen und als ein Hauptziel die Verbesserung der Lebens- und Teilhabechancen von *Benachteiligten in einem dynamischen Sinn*[843] anstreben (vgl. Wittwer 2003; Fenner 2008, 93 ff). Das sollte allerdings nicht unter der Leitung normalisierter und normalisierender Ärzte, Psychologen und Psychiater geschehen[844], die herrschaftskonforme Diskurse und Praktiken präferieren. Eine derzeit noch verhinderte ja in der Regel verbotene humanisierte und kultivierte Suizidprävention und „ergebnisoffene Suizidberatung" (Neumann 2012, 216 ff) ist mit Beihilfe zum Suizid kompatibel.

2. Eine rechtliche und gesellschaftliche Liberalisierung der Beihilfe zum Suizid, besser: der einfühlenden Unterstützung bei der Sterbegestaltung, würde eine positive moralische und soziale Entwicklung fördern, da Menschen in diesem Bereich (andere und sich) weniger täuschen und enttäuschen müssten.[845]

3. „Medizinisch-psychologisch wird meist nur die Notwendigkeit gesehen, Suizidalität wegzutherapieren, nicht die produktive Nutzung dieser Energien zu erproben, selbstverständlich nicht für Selbstmordattentäter im totalen Krieg, aber vielleicht zum intelligenten Widerstand gegen Betonköpfe, kreativitäts- und innovationsfeindliche Bürokratien und neoliberale Raubritter." (Feldmann 2008a, 178)[846]

Beispiel für einen nicht-defizit-orientierten Ansatz

Eine problemlösungsorientierte Intervention und Therapie[847] agiert befreit von dem üblichen defizit-orientierten Theorieballast, der in der Suizidologie über Jahrzehnte aufgehäuft wurde. Sie geht von den Stärken und nicht von den Schwächen einer Person aus. Zwar ist es auf den ersten Blick paradox, nicht Probleme, sondern Lösungen ins Zentrum zu stellen, da Lösungen doch nur auf Problemen aufruhen, doch auf den zweiten Blick eben nicht. Denn Menschen sind permanent und zwangsläufig in ihrem Bewusstsein und ihren Handlungen zukunfts- und zweckorientiert und denken in der Regel nicht an Probleme, sondern an ihre nächsten Aktionen. Dieser Ansatz führt auch eher zu einer *systemorientierten Beratung und Prävention*[848], die sich nicht auf Suizid, Drogenkonsum oder andere spezifische soziale Probleme bezieht, sondern auf die Entwicklung von Kindern, Familien und Gemeinschaften. Eine derartige systemorientierte Prävention, die im Rahmen einer globalen nachhaltigen Lebenskultivierung eingeordnet ist, wird allerdings derzeit strukturell ver- bzw. behindert[849], da sie sich gegen die Herrschaftsverhältnisse, die soziale Ungleichheit, die bürokratischen Fixierungen, die politische

[843] *Benachteiligung in einem dynamischen Sinn*: Es treten allmählich an die Stelle von bürokratischen paramilitärischen Bildungs-, Arbeits- und Gesundheitsorganisationen heterogene und global (nicht nur national) vernetzte communities of practice, so dass Benachteiligung nicht nur ein Spezialistenthema bleibt.

[844] Prävention und Kultivierung des Suizids sind kein „Widerspruch", sondern sollten in professionellen Netzwerken verbunden sein.

[845] Der Suizid einer bedeutsamen Person sollte nach Meinung aristokratischer römischer Stoiker, z.B. Marc Aurel, anderen eine wertvolle Botschaft vermitteln (Edwards 2007, 159). Heute werden bei den meisten Suiziden, die implizit wertvolle Botschaften vermitteln könnten, durch *strukturelle und professionelle Kräfte* die Botschaften unterdrückt oder ins Negative gewendet.

[846] Eine radikale produktive Nutzung der Suizidalität wäre der vollendete Suizid, der soziale Zeichen setzt, die von den Medien aufgegriffen werden und öffentliche Diskurse anregen (politische Suizide, vielleicht auch manche Suizide bei France Télékom). In derartigen Fällen wirkt eine psychiatrische Betrachtung herrschafts- und ausbeutungsstützend (vgl. auch Bell/ Taylor 2011, 8).

[847] „Solution-focused therapy (SFT) is a collaborative and non-pathological approach to therapy ..." (Sharry/ Darmody/ Madden 2008, 185),

[848] Prävention, die primär vom Medizinsystem konzipiert und betrieben wird, führt zu Pathologisierung und zu unerwünschter Kostenerhöhung (vgl. Lengwiler/ Madarász 2010). Prävention sollte folglich interdisziplinär und nicht unter Führung von Ärzten und Medizinfunktionären entwickelt werden.

[849] Stattdessen wird spezialisierte Pseudoprimärprävention betrieben: kardio-vaskuläre, Magersucht-, rheumatoide Arthritis-Primärprävention. Diese Spezialisierung dient neben der partikularistischen Kapitalakkumulation zur Absorption von Energie, die für eine wirksame und humane Primärprävention verwendet werden könnte.

und wissenschaftliche ‚Ordnung', den professionellen Wildwuchs[850] und die heiligen Prinzipien, z.B. Führer- und Domänenprinzip, richten könnte.

Beispiel für Defizitansatz-Paradoxie:

Zu Recht wird in der Fachliteratur Kritik an wissenschaftlichen und alltagstheoretischen Defizitannahmen über Altern und alte Menschen geübt. Dies wird z.B. in einer Fortbildung für Altenpflegekräfte zum Thema „Depression und Suizidalität" thematisiert (Ziervogel 2003). Gleichzeitig lernen die Fortzubildenden, dass Depression NUR eine Krankheit sei. Dass Depressionen in Zusammenhang mit Kognitionen und Umweltbeurteilungen aus der Sicht der Betroffenen gesehen werden können und dann die abwertende Stigmatisierung als „Krankheit" nur die dominante Sichtweise darstellt, lernen sie nicht. Die Krankheit Depression ist Teil einer euro- und ethnozentrischen Expansion des medizinischen Feldes, die sich in Japan trotz massiven westlichen Drucks im 20. Jahrhundert nur langsam durchgesetzt hat (Lock/ Nguyen 2010, 73 f). Die Fortzubildenden benötigen kein kritisches Wissen und keine Reflexion, sie werden mit der „Krankheitstheorie der Depression" traktiert, alternativenlos, quasinaturwissenschaftlich und anscheinend objektiv, mit der eindeutigen Handlungsanweisung, dass die „Depression" wie ein Geschwür ausgemerzt werden soll[851]. Dass diese Art der Fortbildung defizitär und menschenschädigend ist, darf in der Fortbildung – oder gar in dieser Dissertation – nicht thematisiert werden, ansonsten hätte die Autorin wahrscheinlich das Zertifikat nicht erhalten.

Simple Überlegungen lassen erkennen, wie absurd ein reiner Defizitansatz von Depression und ‚psychischer Erkrankung' ist. Ebenso könnte man einen reinen Defizitansatz von Angst[852] oder Furcht vertreten. Eine Frau, die von ihrem Mann oder Freund häufig Gewalt- und Morddrohungen erhält und deshalb Angst hat, würde dann behandelt werden, damit sie angstfrei wird[853]. Ein weiteres Beispiel. Eine Frau tötet sich selbst, weil sie vergewaltigt wurde. Sie wird postmortal für depressiv und schwer psychisch krank erklärt. Eine andere Frau, die vergewaltigt wurde, begibt sich freiwillig in psychiatrische Behandlung. Sie definiert sich selbst als psychisch krank und wird deshalb von den ‚Experten' für ‚weniger' psychisch krank erklärt, als die Frau, die sich selbst nicht primär als psychisch krank ansah, sondern als in ihrer Würde, ihrem Schamgefühl und ihrer Persönlichkeit so stark verletzt, dass sie den Suizid wählte.

Beispiel für einen „empirisch gestützten" Defizitansatz:

Radbruch et al. (2008) beschreiben ein Projekt zur Erforschung von Wünschen nach aktiver Sterbehilfe (WAS) und berufen sich auf eine phänomenologische Untersuchung von sieben (!) Krebspatienten zur Identifikation von Kommunikationsfunktionen, die WAS zugeordnet wurden (Coyle/ Sculco 2004). Die neun Kommunikationsfunktionen entsprechen einem Defizitansatz. Auch den drei Formulierungen, denen Positives abzugewinnen ist, wird eine negative Note hinzugefügt:

- Ein Manifest des Lebenswillens („primary paradox"),
- ein Manifest der Zurückgewinnung von Kontrolle,

[850] „Wir evaluieren gemeinhin nicht die kumulativen Effekte verschiedener Präventionspraktiken …" (Aronowitz 2010, 379).

[851] Vgl. zur Kritik dieser reduktionistischen Wissenschaftsposition und scheuklappenorientierten Professionalisierung Slaby (2010, 20 ff).

[852] Ein Beispiel für die Medikalisierung und Denormalisierung dieses für sehr viele Menschen verständlichen und keineswegs *abnormen* Gefühls: „Wenn jemand unabweisbar von der Demenz-Angst besetzt ist, halten wir die Diagnose einer somatoformen Störung (F 45) für angemessen" (Heuft/ Kruse/ Radebold 2006, 138). Man beachte den Kontrast zwischen der Wortwahl „besetzt", die an „besessen" erinnert, und der *Verwissenschaftlichung*: F 45. In der ‚praktischen Medizin' und in der Psychiatrie ist die Verbindung von Wissenschaft und Magie häufig anzutreffen. Die evidenz-basierte Austreibung von Magie ist ähnlich erfolgreich wie die traditionelle Teufelsaustreibung.

[853] Um Missverständnisse zu vermeiden: Selbstverständlich sind Behandlungen bei Leidensdruck und Einverständnis der Betroffenen, wenn sie sich innerhalb der gültigen Rechtsordnung bewegen, unabhängig von „Sinnfragen" zu akzeptieren.

- Aufmerksamkeit auf die Individualität der eigenen Person richten.

Dass die Kommunikation von Schwerkranken mit gesundem medizinischen und pflegerischen Personal, das in der Regel gegen WAS eingestellt ist, in einer Organisation, in der WAS offiziell nicht durchgeführt werden darf, keine „objektiven Motivations- und Einstellungsdaten" liefern kann, ist ziemlich offensichtlich.

Im Gegensatz zu dem komplexen theoretisch und empirisch fragwürdigen Projekt von Radbruch et al. sei ein schlichtes Ergebnis von Erhebungen in den Niederlanden positioniert:

> "For about 60% of the patients, the irreversible loss of autonomy itself, which is typical of many situations of terminal cancer, is a reason underlying a euthanasia wish: being bound to home, having become entirely care-dependent and/or bedridden, not being able to go to the bathroom or to plump up one's own pillow" (Boer 2011, 54).

Beispiel für den Versuch der Pluralisierung und Perspektivenerweiterung

Kellehear (2009b) zeigt auf, dass ein Bereich, der in der Regel nur von Defizitsichtweisen her bearbeitet wird, das „einsame" Sterben, differenziert betrachtet werden sollte. Ein Teil der alten Menschen zieht die Einsamkeit und relative Autonomie in ihrer Wohnung auch am Lebensende einer Vergemeinschaftung in Heimen, Hospizen oder Palliativstationen vor.

An Beispielen der Pluralisierung des Verständnisses und des semantischen Feldes des einsamen Sterbens oder der Demenz (Kreutzner 2008, 15) kann auch das Feld von Suizidalität theoretisch und pragmatisch kategorisiert und differenziert werden:

1. S. als Krankheit
2. S. als bio-psychosozialer Zustand
3. S. als Teil des normalen Alterns bzw. Sterbens
4. S. als religiöse, spirituelle oder sonstige außerordentliche Erfahrungsmöglichkeit.

Diese Differenzierung soll hier nur beispielhaft verstanden werden. Selbstverständlich wären auch andere Kategorien sinnvoll, d.h. die Kategorisierung und Theoriebildung selbst ist – jedenfalls in inter- und transdisziplinären Diskursen – zu pluralisieren.

Unter welchen Bedingungen ist ein „Defizitansatz" zu rechtfertigen?

Rechtfertigungen setzen die Akzeptanz und Einnahme von Standpunkten voraus. Defizitansätze können somit theoretisch gerahmt und gerechtfertigt werden. Ein multiperspektivisches Herangehen an Probleme erweitert jedoch Denk- und Handlungschancen und relativiert diese Legitimationen.

Demenz wurde in früheren Jahrzehnten nicht nur in der Bevölkerung sondern auch in der Expertenliteratur primär von Defizittheorien her behandelt. Inzwischen gibt es Versuche, positive Ansätze einzubringen und zu begründen (Leibing 2006; Small/ Froggatt/ Downs 2007). Die Konkurrenz zwischen Defizitansätzen und positiven Ansätzen ist zu begrüßen. Nicht zu begrüßen sind die Verengung der Rahmungen und Verbote, ‚unerwünschte' Modelle, Theorien und Programme zu entwickeln und öffentlich vorzustellen (professionelle Zensur in den Bereichen Medizin, Pflege, Erziehung).

Eine ‚stille Suizidpraxis':

Chabot und Goedhart (2009, 1749) berichten:

> „We found an annual frequency of dying by voluntary cessation of eating and drinking of 2.1%. Dying after collecting and independently taking lethal medication that had been discussed with at least one confidant occurred in 1.1% of annual deaths. … Most of the self-directed deaths attended by proxies in our study are apparently not registered as a suicide. Many sudden deaths of elderly people who die at home in bed without any obvious signs of pill boxes or farewell letters pass unnoticed into the death statistics as a 'natural death'. … Fifty percent of both ILMC and VRFF deaths were preceded by a request for PAD that had been turned down…. We were more puzzled that about 40% of ILMC and VRFF deaths were apparently not preceded by a request for PAD. Two recurrent reasons given by our informants were: 'She didn't have cancer and realised that her wish to hasten her death

would not be negotiable with her doctor' and 'if the GP had known that he intended to take lethal medication, the GP would have tried to prevent this. All those involved kept his plan a secret from his GP'. Even in classic Greek and Roman societies, abstinence from eating and drinking was recorded as a method for elderly people to hasten death (van Hooff,1990).We had not expected, however, that death by VRFF after seven or more days of not drinking would amount to about two in every hundred deaths."

Exzellenz[854] und Defizit[855]

Exzellenz- und Defizitsichtweisen sind meist verbunden. Nur wenige Personen oder Organisationen können Exzellenzstatus erreichen. Somit werden die meisten, z.B. Hochschulen, als defizitär stigmatisiert. So wie Exzellenz immer ‚objektiver' bestimmt wird, nämlich durch exzellent kapitalisierte Experten und die von ihnen legitimierten Instrumente, so wird auch Defizit immer ‚objektiver' feststellbar.[856] Gleichzeitig werden die Aufwendungen vermehrt, die herrschaftliche Produktion von Exzellenzen und Defiziten, d.h. sowohl ihre Faktizität als auch die semantische Einbettung, zu legitimieren und die ‚Nebenwirkungen' in den Griff zu bekommen: Professionalisierung in der Medizin, Pflegewissenschaft, Pädagogik, Rechtswissenschaft, Ökonomie etc. Exzellenz, Führerkult, Defizitkultur, Bildungs- und Wissenschaftsmonopole und –oligopole, Exklusion und die Zementierung sozialer Ungleichheit sind verschwistert.

Suizidbeihilfe in Deutschland: Theater der symbolischen Gewalt

"Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft." (Beschluss des Bundestags vom 6.11.2015)[857]

Die in diesen Boulevardtheatern üblichen bauernschlauen Begründungsklischees: Rechtfertigungsdruck auf alte, pflegebedürftige, behinderte und depressive Menschen, gierige Erben, erschöpfte oder herzlose Bezugspersonen etc.

Der „ärztliche Freiraum soll erhalten bleiben", doch der Freiraum der betroffenen Person soll eingeschränkt werden. Dienstleistungen sollen nur bei Folter, Betrug, Lebensminderung aus Profitgier und psychosozialer Gewalt erlaubt bleiben, aber nicht bei Beihilfe zum Suizid.

Der Beschluss könne aber auch unter anderer Hinsicht "historisch" sein, spottete Dagmar Wöhrl (CDU). Schließlich stelle man, so betonte sie, "die Beihilfe zu einer straflosen Haupttat unter Strafe".

"Geschäftsmäßig" ist dem Entwurf zufolge jede auf Dauer angelegte, sich wiederholende Suizidförderung. Um ein Geschäft im umgangssprachlichen Sinn, also einen Erwerb oder einen Geldvorteil, geht es nicht. Verwerflich sei das "Eigeninteresse" des Anbieters, aus seiner Tätigkeit eine Art Dienstleistung machen zu wollen. Die sogenannte "Hilfe beim Sterben", etwa durch Palliativmediziner im Krankenhaus, wird demgegenüber als "eindeutig nicht strafbar" erklärt.

Jemand soll also interesselos, ähnlich dem absurden von Kants Bemerkungen abgeleiteten Kunst(des)interesse, und nur einmal, einem Menschen in einer solchen Lage helfen. Dass es

[854] Exzellenzinitiativen dienen der Herstellung und Festigung von nationalen und internationalen Aristokratien und Ständegesellschaften (Münch 2009).

[855] Diese Kombination von zwei geladenen Begriffen ist eine Tabuformulierung: In Google nicht existent. Google ist gut verwendbar, um Pappexperten und Spitzenfunktionäre zu entlarven, ihre Aussagen zu dekonstruieren und sich selbst aufzuklären.

[856] Ein dialektisches Beispiel: „Ziel des Leuchtturmprojektes "Demenz" ist es daher … Defizite bei der Umsetzung einer evidenzbasierten pflegerischen und medizinischen Versorgung demenziell Erkrankter zu beseitigen".
http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/sid_E388CBCECB9A580B5895191F4B5FB6AA/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/D/Glossar-Demenz/Leuchtturmprojekt-Demenz.html?__nnn=true

[857] http://www.tagesspiegel.de/politik/gesetzentwurf-verabschiedet-bundestag-verbietet-organisierte-beihilfe-zum-suizid/12554862.html

sich in diesem Fall um eine Entscheidung des Dorf- oder Stadtrats von Schilda handelt, liegt auf der Hand. Die lukrativen Geschäfte mit Sterben und Tod werden weiterhin großzügig zugelassen und mangelhaft kontrolliert, nur ein spezifisches wenig lukratives Geschäft wird im Interesse einer mächtigen konservativen Minderheit unter Strafe gestellt.

Literarische, philosophische und wissenschaftliche Auflockerung

Interessanterweise stammt die folgende suizidbezogene Auflockerungsübung von einer engagierten Gegnerin der aktiven Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid.

> „Bleibt eine Frage, die merkwürdiger klingt, als sie ist: Warum überhaupt Ärzte, wenn es um Selbsttötung geht? Was qualifiziert hier ausgerechnet den Arzt? Ob ein Sterbewunsch ernsthaft ist, wird im Zweifel ein Psychologe am besten beurteilen. Geeignete Pharmaka fallen in die Zuständigkeit von Apothekern. Die meiste berufliche Erfahrung mit schmerzfreien Tötungsmethoden dürfte bei Förstern, Tierärzten und Metzgern liegen. Über Literatur zum Freitod geben Buchhändler Auskunft, die Ratgeberbücher sind Legion. Allein der Beruf des Henkers ist abgeschafft“ (Gehring 2011).[858]

Petra Gehring geht vom Idealbild des selbstbewussten, starken, emanzipierten Suizidenten aus. Doch Suizidenten, vor allem alte Menschen, sind oft krank, haben vielfältige physische, psychische und soziale Probleme. Dass Menschen in einer solchen Lage wünschen, dass ihnen jemand bei einer so schwierigen Handlungskette, wie einem Suizid, hilft, ist doch ziemlich plausibel. Übrigens ist die Diagnose ‚psychische Krankheit' keineswegs zwangsläufig ein Grund, jemanden beim Suizid nicht zu helfen oder den Suizid zu verhindern. Diese eigenartige dogmatische Ansicht, dass eine derartige ‚Diagnose' ein unbedingt geltender Ausschließungsgrund sei, wird von einigen Psychiatern vertreten und wirft ein bezeichnendes Licht auf Aus- und Weiterbildung und wissenschaftliche und soziale Kompetenzen dieser Experten.

> “…a victim of repeated bouts of severe depression, particularly in cases where treatment has consistently proven ineffective, rationally might prefer dignified death over future suffering” (Appel 2007, 21).

Doch es gibt auch – allerdings sehr selten – wissenschaftlich fundierte kreative Suiziddiskurse. Lester (2012) betrachtet den Suizid im Lichte von so genannten Gaia- oder Medea-Hypothesen, d.h. von Annahmen über den Einfluß des homo sapiens auf das Makrogeschehen des Lebens auf der Erde. Einerseits kann man es als umweltethisch wertvoll betrachten, Suizid zu fördern und nicht zu verhindern, wenn man Menschen grundsätzlich als Schädlinge betrachtet, andererseits kann man angesichts mehrfacher natürlicher gigantischer Lebenszerstörungen im Laufe der Erdgeschichte die Menschheit als mögliche Retterin ansehen, die die nächste Zerstörung in einigen Millionen Jahren möglicherweise verhindern kann. Eine ethische Positionierung dürfte schon an der hohen Spekulativität der ‚Tatsachenannahmen' ‚scheitern'. Weitere theoretische Überlegungen betreffen die These, dass es innerhalb von Kollektiven, Gesellschaften oder Kulturen kollektiverhaltende Selektionsprozesse gibt, die sich z.B. durch Suizidraten belegen lassen. Lester stellt im Rahmen derartiger Argumente die Frage: Gibt es eine ‚natürliche' Suizidrate? Anders formuliert: Gibt es eine kollektiv- oder kulturspezifische Suizidrate? Diese Überlegungen zeigen wie auch die in diesem Kapital angebotene Argumentationsstruktur, dass der medizinisch-suizidologische Blick nur eine Perspektive unter anderen ist, was freilich das suizidologische globale Großgeschäft nicht weiter berühren wird.

---

[858] Tatsächlich sollte wissenschaftlich und öffentlich darüber diskutiert werden, ob eine professionelle Beihilfe zum Suizid nur durch Ärzte oder auch durch andere – speziell ausgebildete – Personen geleistet werden kann.

Hypothesen und Vermutungen zur Biothanato-Ethik

Warum sind Philosophie und Ethik in privilegierten Gruppen, populären Schriften und in den Medien beliebter und verfügen über mehr symbolisches Kapital als empirische Sozialwissenschaft? Weil durch die mit der Alltagsdoxa kompatible Rhetorik wie mit einem Museumsbesuch Distinktion light erworben und ein scheinbar seriöses und differenziertes Problembewusstsein gezeigt werden kann, ohne Peinlichkeiten und Risiken in Kauf nehmen zu müssen, die bei Versuchen der Lösung sozialer Probleme unvermeidlich sind. Mächtige Institutionen, Recht, organisierte Religion, Medizin, Kunst und Medien, verfügen über ihre eigenen Philosophie- und Ethikabteilungen und stehen in vornehmer Distanz zu den empirischen Sozialwissenschaften.

Öffentliche normative Verlautbarungen von Funktionären und Experten zeichnen sich häufig durch Ungenauigkeit und Verschleierung der Interessen aus. Es wird nicht oder unzureichend zwischen Moralen, Ethiken, rechtlichen und Standesnormen und anderen normativen Aspekten unterschieden und normative und deskriptive Aussagenteile werden vermischt, um Propagandawirkung zu entfalten.[859] Aufgrund der zunehmenden Komplexität der modernen Diskurse wird es für viele Menschen immer schwieriger, zwischen normativen und deskriptiven Aussagen zu unterscheiden und vor allem die normative Konstruktion von Deskription und Tatsachenproduktion[860] zu analysieren. Damit ergibt sich der paradoxe Zustand einer ‚neuen Unmündigkeit', die sich distinktiv und klassen- und milieuspezifisch (Verfügung über Kapital) differenziert.[861]

Die Lebens- und Sterbediskurse sind stärker explizit normativ geprägt als die öffentlichen Diskussionen über Finanzprobleme und globale Erwärmung. Quasi naturwissenschaftliche ‚Objektivität' kann in geringerem Maße eingesetzt werden. Säkulare Rechtfertigung von normativen Stellungnahmen wird somit über eine (quasi)universalistische Ethik[862] vorgenommen. Der steigende Bedarf an Legitimationskapital hat diesem Zweig der Philosophie ein erstaunliches ökonomisches und symbolisches Wachstum gebracht.

Die Diskurse und Praktiken des Lebens und Sterbens, der Biothanatosphäre, sind gesellschaftlich, institutionell, weltanschaulich und wissenschaftlich zersplittert und segmentiert. Politische, religiöse, professionelle und andere Gruppen, Organisationen und Institutionen verbinden sich über Kompromisse in Herrschaftsverbänden und versuchen, wichtige Gebiete zu mono- oder oligopolisieren bzw. zu besetzen, Kartelle zu bilden und ihre Deutungsmuster, Technologien, Machtmittel und Profitstrategien durchzusetzen. So spricht man von Politisierung, Verrechtlichung, Medialisierung, Medikalisierung, Ethisierung, Ökonomisierung, Psychologisierung, Bürokratisierung, Sakralisierung – kaum von Soziologisierung. Wie konnte sich eine philosophische Spezialdisziplin, die Ethik, in diesen Feldkämpfen so erfolgreich durchsetzen – oder handelt es sich nur um einen Strohmann?

---

[859] In der allgemeinbildenden Schule wird auf für die meisten Menschen wenig brauchbare mathematische, natur- und literaturwissenschaftliche Kenntnisse mehr Wert gelegt als auf wissens- und wissenschaftstheoretische Basiskompetenzen.

[860] Solche normative Konstruktionen von Deskription, Tatsachen, empirischen Ergebnissen, Beobachtungen, Dokumentaraufnahmen etc. werden auch von Wissenschaftlern selten untersucht und in den Medien und in der Medizin wird Wert gelegt auf ein entsprechend unaufgeklärtes Bewusstsein der Rezipienten.

[861] Diese epistem(olog)ische Überforderung kann auch in wissenschaftlichen Schriften diagnostiziert werden. Ein Beispiel: "dependency needs to be recognized as a neutral and normal aspect of human existence (Kittay, 2007) and any normative valuation needs to be rejected" (Weicht 2011, 218). Der Begriff *dependency* wird normativ bestimmt und universalisiert und dann wird er auf wunderbare Weise "neutral" und "normal" und darf nicht mehr "bewertet" werden.

[862] Nach Luhmann (1998, 405) dient Ethik inzwischen dazu, „die Illusion zu pflegen, es gebe für … Fälle vernünftig begründbare und praktikable Entscheidungsregeln" und sie hat die „Funktion einer Utopie" – und Moral ist nicht angewandte Ethik.

These 28: Die hohen Anteile aristokratischer und herrschaftsgesteuerter Strukturen der Ethik wie auch der ‚Rechtsscholastik' werden – soweit möglich – verborgen oder geleugnet und durch die Exklusion empirischer Forschung befestigt[863].

Die ethischen Hochdiskurse hatten immer schon aristokratischen, paternalistischen und imperialistischen[864] Charakter, d.h. sie werden von Experten geführt und es kommen nur Experten und konforme ‚Hochmenschen' zu Wort. Die Ethiken und Moralen der anderen Menschen treten in diesen Diskursen nicht, vor allem nicht gleichberechtigt, auf.[865]

Zwei Beispiele für dieses ‚ethosbezogene' Aristokratieverständnis:

> „Ist die höchstrichterliche Klarstellung aber ein Grund, die für die deutsche Diskussion der letzten Jahrzehnte sterbepolitisch zentrale Ächtung „aktiver Sterbehilfe" pauschal und ersatzlos zu streichen?" (Gehring 2011) Dass alle Macht offiziell vom Volk ausgeht, ist Frau Gehring offensichtlich entgangen. Die „zentrale Ächtung" bezieht sich nur auf (pseudo)elitäre und (pseudo)aristokratische Diskurse von Minderheiten in Deutschland.

Das folgende Beispiel ist besonders interessant, da Eibach meint, dass er durch seine sophistische Argumentation und Deutung von Menschenwürde, die sich anmaßt, einen objektiv-ethischen und übermenschlichen Standpunkt einzunehmen, bestimmte Menschengruppen vor anderen schützen würde.

> „Das eigentliche Problem eines Rechts auf Selbsttötung liegt also in der grundsätzlichen Anerkennung dessen, dass der Mensch sein Leben in einem geistigen Akt letztgültig als *menschenunwürdig* einzustufen das Recht haben soll. Denn wenn es nach subjektivem Ermessen „lebensunwertes Leben" gibt, dann muss man auch anerkennen, dass es objektiv gesehen „lebensunwertes" Leben gibt, das die Tötung rechtfertigt. Dies ist, wenn man den Inhalt des Begriffs „Menschenwürde" im GG primär mit „Autonomie" füllt, ein konsequenter Standpunkt, aber zugleich ein ethisch wie rechtlich problematischer Schluss, der weitgehende Folgen vor allem für den Schutz des Lebens unheilbar kranker Menschen haben kann" (Eibach 2012).

Doch der Einwand gegen die derzeitige herrschende Ethik vor allem im medizinischen Bereich kann noch grundsätzlicher formuliert werden. Die Kombination eines ethischen Dogmatismus mit dem Flächenbombardement von Berichten über Forschung dient dem Silencing alternativer Positionen. Ethisch und wissenschaftskritisch problematisiert werden nicht die medizinischen und rechtlichen Paradigmen, nicht die Selbstverständlichkeiten der jeweiligen logic of practice sondern nur die Modelle und Praktiken der Gegner. Der Ethiker kämpft aus seiner kapitalgestützten Festung gegen Feinde und leugnet implizit, dass er in einer Festung sitzt und von Kapitalinteressen gesteuert wird.

> "The challenges of living with dementia can result in some people requesting euthanasia or assisted suicide before the dementia becomes too severe and there needs to be an active public discourse about the moral dilemmas that this poses to society" (Draper 2015, 1608).

Die moralischen Dilemmata der Ärzte, die Patienten ermutigen, sich der Demenz auszuliefern, die Suizidgedanken bekämpfen und die Selbstbestimmung professionell schwächen, müssen und sollen nicht öffentlich diskutiert werden, sondern nur die Vorschläge zur Liberalisierung und Humanisierung von Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe. Reflexion auf die eigenen Habitus-Feld-Kapital-Bedingungen wird in dieser Literatur peinlichst vermieden, doch mindestens 30 Literaturangaben sind bei einem Journalaufsatz einzufügen.

---

[863] Zwar haben ein Teil der Philosophen und Theologen diese Rückständigkeit erkannt, doch meist verwenden sie empirische Forschungsergebnisse inkompetent, sophistisch und interessenorientiert.

[864] Imperialismus: primär englisch, sekundär französisch und deutsch, tertiär … Primär christlich beeinflusst. Zu starke Übernahme abendländischer Diskurselemente.

[865] ‚Der Mensch' der normalen ethischen Schriften ist in der Regel ein professionelles Kunstprodukt: entkontextualisiert, herrschaftsfrei, standardisiert.

Philosophen, Theologen und Hüter des abendländischen Geistes missachten empirische Untersuchungen, Meinungsumfragen, Punktionen im Körper des gemeinen Volkes.[866] Somit ist es auch nicht verwunderlich, dass die meisten Menschen ethische Nullrezipienten sind und sein sollen (?), und auch gebildete Westmenschen nur als passive Empfänger, nicht als Ethikproduzenten anerkannt werden.[867]

Williams/ Woodby/ Drentea (2010) nutzen das Konzept des *ethischen Kapitals*[868] im Rahmen einer Untersuchung armer Sterbender. Diese armen Menschen verfügen über kein ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital, haben jedoch den Wunsch, ihren Bezugspersonen ein für diese wertvolles ‚Erbe' zu hinterlassen. Das ‚Vermögen', das sie übertragen wollen, bezeichnen die WissenschaftlerInnen als ‚ethisches Kapital', doch vielleicht wäre eher der Begriff ‚sozial-moralisches Kapital' angemessen, also über in Sozialisation und Erziehung hergestellte ‚Kräfte', die die Kinder oder andere Bezugspersonen vor Abstieg, sozialem Sterben und Marginalisierung schützen sollen. Jedenfalls ist die Herstellung und Übertragung von ethischem oder moralischem Kapital im Bodensatz der Gesellschaft für Philosophie und Ethik bisher kein relevanter Forschungsbereich. Auch durch die Suizidologie und Psychiatrie wird alten und kranken Suizidenten implizit die Kompetenz zur Herstellung von ethischem oder moralischem Kapital abgesprochen. Man kann auch sagen, dass durch die Pathologisierung und ethische Stigmatisierung derjenigen, die selbstbestimmt sterben wollen, ihnen – übrigens verblüffend traditionsbewusst – das Recht, symbolisches Kapital zu bilden, abgesprochen wird.

Schlichte Tatsachen werden in ethischen Elitediskursen diskret verschwiegen: Ethik[869] ist eine wissenschaftliche Teildisziplin[870] wie Finnische Literatur und Moral ist Privatsache[871], ein Staatsbürger ist nur an das Recht gebunden – und – mehr oder minder - an die Normen der Gruppen und Organisationen, von denen er abhängig ist[872]. Dass herrschende und privilegierte Akteure ihre eigenen ‚Tausch- und Gebrauchsethiken'[873] und ‚sterilisierten Luxusterritorien' geschaffen haben, ist für die von staatlichen oder anderen Organisationen abhängigen EthikexpertInnen verständlicherweise kein öffentliches Thema. Ethik expandiert als ausuferndes Spezialgebiet der Philosophie, da ein immer größerer Teil der privilegierten PositionsinhaberInnen im Dienste von mächtigeren Institutionen und Feldern tätig ist: Medizin, Recht, Wirtschaft, Religion, Politik. Somit werden Ethiken immer mehr zu Dienstleistungs-, Werbe- und Legitimationsprodukten macht- und ressourcenverschlingender Organisationen. Symbolische Herrschaft überlagert und verschleiert ökonomische, politische und physische Herrschaft[874]. Die Medizinethik hat Aufgaben übernommen, die wissenschaftlich besser von den Sozialwissenschaften erfüllt werden könnten, doch durch diese scheinbare Aufgabenerfüllung dient sie erfolgreich dem Establishment der Medizin und damit verbundenen Gruppen des Staats-, Rechts- und Wirtschaftsadels. Die Errichtung von Instituten für Ethik und Geschichte der Medizin hat u.a. die Funktion, für das ‚Gesundheitswesen' wichtige Aspekte, Klassifikationen

[866] Sie missachten nicht nur empirische Forschung, sondern vermitteln naiven Rezipienten ‚Tatsachenaussagen', die sie durch Recherchen leicht falsizifiziert könnten.

[867] Bogner (2009, 120) stellt allerdings „auf der operativen Mikroebene eine relative Marginalisierung der Fachethik" fest, d.h. in Ethikkommissionen und ähnlichen Gremien setzen sich eher juristische und medizinische Konzeptionen durch als „fachethische". Dies könnte man auch Bestätigung für die „Mäntelchen-Theorie" lesen.

[868] Dieser Begriff wird u.a. in der Wirtschaftsethik verwendet.

[869] Ethik bearbeitet Moral, verfügt jedoch über kein Monopol, denn Moral wird inzwischen interdisziplinär bearbeitet: Psychologie, Soziologie, Ökonomie, Biologie etc.

[870] Ethik ist allerdings wie andere Humanwissenschaftsbereiche Entgrenzungsprozessen unterworfen, d.h. sie diffundiert in andere Gesellschaftssubsysteme und die Wissenschaftszugehörigkeit lässt sich nur mehr formal und bürokratisch, d.h. nicht mehr inhaltlich bestimmen.

[871] Soziologisch lässt sich dies z.B. durch eine Habitustheorie fundieren.

[872] Diese These ist mit der Erkenntnis kompatibel, dass eine vorläufige relativ verbindliche Minimalprozessethik in den Menschenrechten und in den Rechtssystemen der hochentwickelten Staaten kodifiziert ist.

[873] Vgl. zur Ärztekammerethik Barth (2009).

[874] Bourdieu (2011, 198) spricht von „Alchimie, die die Wahrheit der Herrschaftsbeziehungen verwandelt".

und Rahmensetzungen, die durch Humanwissenschaften und andere Akteure vorgeschlagen und teilweise legitimiert werden, unter Kontrolle des medizinischen Systems zu bringen, d.h. die Verfügung über wertvolles symbolisches Kapital zu gewinnen.

Ethik soll als universalistische Fassade für sich heterogenisierende Institutionen wie Politik, Recht, Medizin und Religion und der Bewältigung ihrer Legitimationskrisen dienen. Der prompt gelieferte naive Universalismus stützt die erwünschte Vorurteilsbildung und die doxa der Felder der Macht.

> "Contrary to the claims of euthanasia advocates, for example, rather than being an ultimate act of control, euthanasia is an ultimate act of surrender—of submission to inevitable death. Neither does euthanasia imbue death with dignity. This is because death is itself undignified since it calls into question the very meaning and worth of human life. And rather than being an act of free choice, euthanasia is a product of contrived choice—subtly shaped and influenced by an "entitlement society" where choice has emerged as a powerful ideological justification for a society without limits (Salecl, 2010)" (Johnstone 2012, 193).

In Schriften und Reden wird häufig eine ‚abendländische Ethik bzw. Moral' beschworen. Als Fundamente werden genannt: Antike, Christentum, Aufklärung etc. Doch solche hybriden Gebilde sind je nach Perspektive evolutionäre Produkte, Fiktionen oder interessengeleitete Konstruktionen[875] elitärer Minderheiten[876]. Tatsächlich sind Moralen und Ethiken konkurrierende und kooperierende soziale Konstruktionen, die auf Märkten und in Herrschaftszonen der Selektion unterworfen, korrumpiert, gesäubert, kodifiziert und durch Sanktionsbüttel blutig oder auch unblutig Klienten eingefräst werden – heute freilich in den hochentwickelten Zonen mit immer geringerem Erfolg. Wenn Gronemeyer (2007b, 58) meint, dass (u.a. durch eine Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe) die christlichen und aufklärerischen Fundamente[877] „wegbrechen" und dann zwangsläufig eine „Pseudo-Ethik der Nützlichkeit" dominieren würde, so ist dies bestenfalls eine nicht operationalisierte und kaum prüfbare Quasihypothese.[878] Analysen bezüglich des Zusammenhanges zwischen gegenwärtigen Lebens- und Sterbeethiken und ökonomischen Diskursen und Praktiken sind unterentwickelt (vgl. Epstein 2007).

Ethik wird inzwischen unqualifiziert in Interessenauseinandersetzungen als Waffe verwendet. Ein Beispiel:

> „Nun aber ist das ärztliche Ethos vom Vorstand der deutschen Ärzteschaft abgeschafft worden.[879] Das Ethos hat bei der Ablehnung der ärztlichen Begleitung zur Selbsttötung keine Bedeutung mehr. Die Ablehnung der Suizidbegleitung wird jetzt allein damit begründet, dass sie keine ärztliche Aufgabe sei" (Brysch 2011)[880].

Die Aussage ist entlarvend: Das „ärztliche Ethos" ist offensichtlich ein Ding in den Händen Herrschender, die es sogar abschaffen können. Jedenfalls unterliegt es der Willkür von Paternalisten, die es als Waffe verwenden.

> „Ein generelles Verbot [der Suizidbeihilfe] festigt das ärztliche Ethos und macht die Suizidbeihilfe nicht zu einem Teil der ärztlichen Profession" (Pöltner 2015, 97).

---

[875] Die ‚abendländische Ethik' ist eine im 19. und 20. Jahrhundert von westlichen ChefideologInnen produzierte imperialistische und pseudouniversalistische Konstruktion, für die es zwar Vorläufer gibt, die jedoch von den gebildeten Kreisen aufgrund des vorherrschenden Regionalismus, Partikularismus und Nationalismus früher nicht anerkannt und den Ungebildeten nicht bekannt gemacht wurden.

[876] Häufig handelt es sich um „professionelle Ethiken", genauer „Standesethiken", die dann verallgemeinert werden, um eine breitere Legitimationsbasis zu gewinnen.

[877] Die Metapher ist nur für veraltete Kampfformen brauchbar, führt ansonsten in die Irre: Ethik sollte man sich nicht als Tempel oder Festung vorstellen, sondern als Prozess, Schwarm, Rhizom etc.

[878] Außerdem gibt es auch weniger fundamentalistische christliche Positionen (vgl. Frieß 2008, 231 f).

[879] Brysch vermengt Standesnormierung und Ethik bzw. Ethos.

[880] http://www.hospize.de/servicepresse/2011/mitteilung426.html. Inzwischen wurde das ‚ärztliche Funktionärsethos' wieder gefestigt, auch wenn durch diese Festigung ein Vertrauensverlust in Kauf genommen wird, der durch die Propaganda zum Vertrauensgewinn umgetäuscht wird.

These 29a: Ethiken[881] des Lebens und Sterbens treten einerseits als gesellschaftlich periphere Fachdiskurse andererseits in der Öffentlichkeit als Veranstaltungen im Interesse von Institutionen, Herrschaftsgruppen und privilegierten Minderheiten auf, um „evidenz-basierte Pastoralität" (vgl. Rose 2007, 28 f), Transparenz, Pluralität u.a. zu simulieren.

Die Ethisierung, die Entwicklung von „Ethikregimen" (Braun et al. 2008), hat im Bereich der Grenzsetzungen für Leben und Tod Erfolge gefeiert, da die mächtigen Institutionen Politik, Recht, Medizin und Religion sich auf diese falsifikationsgeschützte Edeldomäne als neues (?) Kleid des Kaisers ‚geeinigt' haben.[882] Dienstleistungsphilosophen und Theologen betreiben das Geschäft der Ethisierung im Auftrag dieser Institutionen und ihres Führungspersonals, um kritischen sozialwissenschaftlichen Untersuchungen und unerwünschten politischen Stellungnahmen Realisierungs- und Anerkennungschancen zu nehmen[883]. Paradoxerweise verdanken sie ihre politische und soziale Aufwertung u.a. dem Mythos des Funktionsverlustes von Moral in der modernen Gesellschaft und den Zweifeln an der Verrechtlichung von lebensweltlichen Entscheidungen (vgl. Daele 2008, 124 f).

Die dominante Biothanato-Ethik ist systemblind, sie beschäftigt sich konformistisch mit Stammzellforschung, Suizid, aktiver Sterbehilfe etc., aber nicht mit dem Finanz- und Steuersektor, z.B. mit der Frage, warum die Gesetzgeber in Staaten der EU so ‚unmoralisch' und ‚lebensverachtend' sind, die Spekulations-, Alkohol- und Erbschaftssteuern nicht zu erhöhen[884] - und auch nicht mit den alltäglichen Kommunikationen und Praktiken, schon gar nicht mit globalen Systemproblemen[885]. Staatliche Institutionen und die internationale Finanzwirtschaft betreiben in Kooperation mit mafiösen und auch höchst ehrenwerten Organisationen mangelhaft kontrollierte Lebensmehrung, Lebensminderung und Tötung, z.B. durch Ermöglichung von Land Grabbing, und begünstigt Neokolonialismus und Sklaverei (Sassen 2014), wobei selbstverständlich von den großen Forschungsgeldgebern Forschungen zu dieser Thematik nicht finanziert werden.

These 29b: Stolz bekennen sich führende Politiker, Juristen und Funktionäre zu moralischem Rigorismus, wenn es um Tötung auf Verlangen oder Stammzellen geht, da sie von den Benachteiligten nichts zu befürchten haben, doch bei Entscheidungen zu Finanz- und Vermögensgesetzen und -steuern sind sie ‚Pragmatiker' und Anhänger flexibler, ‚pluralistischer' und lebensmindernder Moral, obwohl in diesem Bereich nachhaltiger und quantitativ und qualitativ hochwertiger Leben gerettet werden könnte.

Ethisierung wird von FührerInnen auch deshalb einer Versozialwissenschaftlichung vorgezogen, weil Ethik als rein normativer Bereich leichter und direkter manipulierbar ist als eine empirisch fundierte Vorgehensweise[886]. Dadurch können je nach Herrschaftsverhältnissen „Ethiken"[887] konstruiert bzw. gedeutet und für ‚anspruchsvolle' Zielgruppen durch Anleihen bei Foucault, Bourdieu, Luhmann, Habermas und feministischen Autorinnen mit einer modernen Verpackung versehen werden.

---

[881] Der Begriff oder das Feld „Ethik" können unterschiedlich bestimmt werden. Eine konsensfördernde (?) Definition würde Ethik als Theorie oder Metatheorie der habitusspezifischen Moralen (und anderer relevanter normativer Wirklichkeiten) bezeichnen. Eine wissenschaftliche Ethik, die nicht mit sozialwissenschaftlichen Theorien, empirischer Forschung und Experimenten arbeitet, dient außerhalb der Elfenbeinturmwelt zur Ideologisierung und Legitimation von Herrschaft.

[882] „... bioethics had become the latest front in the culture wars." (Anspach/ Halpern 2008, 57)

[883] Die These gilt wahrscheinlich für die meisten ethischen Schriften, aber nicht für alle, z.B. nicht für Schüklenk et al. 2011.

[884] Eine empirische sozialwissenschaftliche Ethik könnte in vorausschauender Zusammenarbeit mit experimentellen Rechtssystemen Evaluationskonzepte erarbeiten und Schätzungen durchführen, wie viele physische, psychische und soziale Lebensjahre durch verschiedene Stufen der Erhöhung spezifischer Steuern in EU-Staaten gewonnen (oder auch verloren) werden könnten.

[885] „When the full cost to the life of the earth is put into the balance, everyday decisions unquestioned by ethicists and regarded as rational and even praiseworthy may be seen as questionable and possibly maleficent" (Pierce/ Randels 2010, 685).

[886] Eine moderne Ethik, die nicht auf solider empirischer Forschung aufruht, ist in der Regel für nachhaltiges humanes Handeln unbrauchbar. Es gibt freilich Ansätze zu einer empirisch arbeitenden „kontextsensitiven Bioethik" (Krones 2008) und zu einer sozialwissenschaftlich orientierten Ethik (z.B. Fenner, Wittwer, Birnbacher). Vgl. auch Wils (2007, 242 ff).

[887] Ethik kann als gesellschaftliches Beruhigungsmittel oder Sedativum gesehen werden (vgl. Luhmann 1992, 697).

Lebens- und Sterbeethiken dienen der Distinktion und der Herrschaftsstabilisierung. Man kann durch Ethikräte, -kommitees, -konferenzen etc. sowohl die Klienten als auch andere Personen und Gruppen in Distanz halten und disziplinieren, z.B. Krankenschwestern und Pflegedienstleister (vgl. Kohlen 2008). In zentralen normativen Dokumenten, z.B. internationaler und nationaler Spitzenorganisationen, wird bei den apodiktischen „ethischen Stellungnahmen" häufig nicht nur die Empirie vernachlässigt, sondern auch die Basisargumentation (vgl. Harris 2008, 305 f).

> In der „Universal Declaration on the Humane Genome and the Human Rights" (1997) der UNESCO wird zwar der Begriff „human dignity" an zentraler Stelle verwendet, doch in keiner Weise bestimmt. Es wird offensichtlich eine universalistische Absicherung durch eine internationale mehr oder minder säkulare Priesterkaste vorausgesetzt.

Ein kleines Beispiel soll den Unterschied zwischen einer „Herrschaftsethik" und einer „kritischen sozialwissenschaftlichen Ethik", einer „Ethik der Kreativität" (Rose 1999, 196) oder einer *globalen Bioethik* (Green/ Donovan/ Jauss 2008) verdeutlichen[888]:

1. Beabsichtigen, z.B. eine Schädigung von Menschen oder Ökosystemen.
2. Nicht ‚direkt' beabsichtigen, doch vorhersehen,
3. Nicht direkt beabsichtigen, nicht vorhersehen, doch das Vorhersehen absichtlich verhindern,
4. Nicht direkt beabsichtigen, nicht vorhersehen, doch das Vorhersehen ‚unabsichtlich' verhindern.

Im Lichte dominanter ethischer und rechtlicher Sichtweisen ist derjenige, bei dem Punkt 1 von Autoritäten und Wächtern diagnostiziert wird, der Schuldigste.
Aus einer kritischen sozialwissenschaftlichen Perspektive sind diejenigen Personen, Gruppen oder Organisationen, denen nur Punkt 4 ‚nachgewiesen' werden kann und die in der Regel aufgrund von Punkt 4 ihren Profit erhalten, besonders gefährlich und deshalb zu entlarven, bzw. der Öffentlichkeit kritisch darzubieten. Ethiker, die fast immer von derartigen *Vierer-Organisationen* abhängig sind, sind somit für dieses Geschäft der Kritik nicht geeignet.

Thomas Pogge (2007) weist auf die latente Funktion der derzeitigen von den reichen Staaten geschaffenen und beherrschten ‚Weltordnung' hin, die von den einen ethisch gerechtfertigt und von den anderen pragmatisch gerechtfertigt und ‚Jenseits von Ethik' angesiedelt wird: Verletzung grundlegender Menschenrechte, d.h. die Lebensminderung von vielen Hunderten Millionen elend Lebenden und Sterbenden wird durch die von lokal und global Herrschenden bewusst aufrechterhaltene und von Humanexperten legitimierte ‚Weltordnung' mitproduziert. Pogges Argumente richten sich u.a. auf die ethischen Punkte 3 und 4.

Hinzuweisen ist außerdem auf diejenigen politischen, wirtschaftlichen, religiösen, wissenschaftlichen und sonstigen Organisationen, die zentrale empirische Untersuchungen und Aufklärungskampagnen zu Lebens- und Sterbefragen verhindern oder so dirigieren, dass die Ergebnisse die Interessen privilegierter Gruppen stützen. Dies geschieht im Feld der Lebens- und Sterbeforschung durch Organisationen der Forschungsförderung, durch Ministerien, Konzerne, religiöse Organisationen usw.

[888] Hinweise zum Programm *neuer Ethiken* gibt auch Braidotti (2009).

Würde[889]

Würde ist ein Begriff, der aufgrund seiner vielfältigen, inkonsistenten und in Feldkämpfen bedeutsamen Verwendung vielen WissenschaftlerInnen und ExpertInnen Unbehagen bereitet[890].

Das Begriffsfeld, dem Würde angehört, ist im anthropologischen Feld Stolz verankert und war in den meisten traditionellen Kulturen auserwählten Menschen zugeordnet: Ehre, Ruhm, Respekt, soziale Anerkennung, master identity. Im Laufe des Zivilisations-, Demokratisierungs- und Modernisierungsprozesses wurde es schließlich grundsätzlich wenn auch nicht faktisch allen Menschen geöffnet und staatlich ‚verordnet'. Taylor (1991) beschreibt die Entwicklung von dem für Eliten bzw. für Mitglieder von Ständen oder Gruppen reservierten Konstrukt *Ehre* zur universalisierten, egalisierten und demokratisierten *Würde* (vgl. auch Burkhart 2006). Kant hat einen entsprechenden hochabstrakten Würdebegriff konstruiert, der dem sozialen Zugriff entzogen ist. Doch nur ein moderner starker Staat kann glaubhaft versichern, Menschenwürde dieser Art zu garantieren und zu schützen – mit hohem und ressourcenverbrauchenden Gewalt- und Drohungsaufwand und folglich mit Entwürdigungsstützung außerhalb des starken Staates. Würde ist somit ein zentraler durch seine Verankerung in Verfassungen und Menschenrechtserklärungen hochwertiger Sperr- und Schutzbegriff für soziales Handeln und Nicht-Handeln geworden, der allerdings in den vielen Sprachen und semantischen Räumen vielfältige nicht vorhersagbare Entwicklungen durchmacht.

„Vieles deutet darauf hin, dass das im 19. Jahrhundert von aristokratischen Gruppen zum bürgerlichen Habitus ‚herabgekommene' kulturelle und semantische Konstrukt *Ehre*, das sich auf die Stellung und soziale Anerkennung einer Person innerhalb von Primärgruppen und Kollektiven bezog, durch den Gleichheit betonenden Begriff Würde ersetzt oder verdrängt wurde. Würde ist – jedenfalls im Alltagsverständnis – vernetzt mit Reputation und Prestige eine Form von sozialem und symbolischem Kapital und ist mit dem Habitus verbunden" (Feldmann 2012a, 37).

Eine weitere Überlegung zur Strukturierung des semantischen Raumes Würde berücksichtigt zwei Dimensionen: Individuum vs. gesellschaftliches Gebilde und Natur- vs. Kulturkonzeption.

Würde	Individuum	Gesellschaftl. Gebilde
Naturkonzeption	Exemplar der Primatenart homo sapiens	„Natürliche" Bezugsgruppe, Familie, Clan
Kulturkonzeption	Sich selbst bestimmende Person	Organisation, Stand, Profession etc.

Aufgrund einer Naturkonzeption lässt sich für eine Bestimmung von Würde vielleicht folgender Minimalismus gewinnen: Die Gesetze gegen Tierquälerei werden auch auf Menschen angewendet. Die Kulturkonzeption kann durch einen Anerkennungsspielraum gekennzeichnet werden, wobei die Grenzsetzung – wie sollte es auch anders sein – letztlich über Macht und Herrschaft erfolgt.

„Die Würde des Eigentums[891] ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."[892] Anschließend an diese satirische Gesetzesregelung lässt sich folgende bisher mangelhaft operationalisierte und geprüfte Hypothese aufstellen: Faktisch wird

---

[889] Vgl. die rechtswissenschaftliche Darstellung bei Barth (2007) und die pflegewissenschaftliche Arbeit von Pleschberger (2004).

[890] Vgl. zur Vielfalt der wissenschaftlichen Verwendung des Begriffs Würde Jacobson (2007) und Pollmann (2011).

[891] Anstelle von *Eigentum* kann man diesen Grundsatz auch mit folgenden Masterbegriffen erproben: Welt, Existierendes, Leben, Kultur und Kapital.

[892] Vgl. http://www.zeitgeistlos.de/zgblog/category/satire/ und andere Internetquellen.

in den hoch entwickelten Ländern in den meisten bzw. vielen (abgeschwächte Hypothese) Konfliktfällen (Eigentum vs. ‚Mensch') gemäß diesem fiktiven Postulat oder Grundsatz und nicht gemäß Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes bzw. vergleichbarer Verfassungsregelungen verfahren.[893] Obwohl die Hypothese, dass die derzeit in den reichen Staaten existierende Einkommens- und Vermögensverteilung zu bedeutsamen Verlusten an Lebensjahren und Lebensqualität führt, gut bestätigt ist, wird diese durch Politik, Recht, Bildung und Medien ideologisch gestützte Verteilungsmaschine durch die demokratisch legitimierten Regierungen, die im Interesse der Gesamtbevölkerung handeln sollten, nicht verändert[894] (vgl. Wilkinson/ Pickett 2009, Schriften von Chomsky, Wacquant, Krysmanski, Ziegler, Butterwegge u.a.).

Großbegriffe, wie Würde, Freiheit, Gerechtigkeit usw., sind mehr- bzw. vieldeutig, und werden zu verschiedenen Zwecken ge- und missbraucht. Welche Menschen oder Organisationen dürfen über Würde und Freiheit anderer bestimmen? Oder soll jeder nur seine eigene Würde bestimmen dürfen? Wie ist die Würde eines Menschen zu erfassen, der nach Meinung der für ihn Sorgenden und ihn Beherrschenden nicht mehr über seine Würde bestimmen kann? Sollte der Ausdruck ‚Würde' durch moderne Begriffe, die mit Operationalisierung und Theorien verbunden sind, ersetzt werden? Und durch welche Begriffe? Oder sollte er schlicht aus bestimmten Diskursen ‚gestrichen' werden?[895]
Sind dies Luxusüberlegungen? Wenn eine Frau vergewaltigt, ein Mensch verstümmelt, ein Kind erniedrigt und traumatisiert, eine Kultur zerstört, ein Dorf verbrannt, eine Wirtschafts- oder Militäraktion erfolgreich durchgeführt, Währungen, Gemeinschaften oder Ökosysteme durch Finanzspekulation ‚vernichtet' und beabsichtigt oder unbeabsichtigt Tausende um Lebenszeit, Arbeit und Lebensfreude gebracht werden, dann ist zwar nicht immer Tätern, Politikern, Juristen oder Ethikexperten, doch den Opfern klar erkennbar, dass es um das ‚Leben' und auch um Würde und Scham ging.

In den reichen Staaten haben Hunderte Millionen von Haustieren bessere Chancen, in Würde zu leben und zu sterben, als Kinder in vielen afrikanischen Regionen – und ihre Besitzer mindern – in der Regel von der Gnade der durch Bildung, Medien und Konsum gestützten Unwissenheit und Gewissensharmonie beschützt – das physische, psychische und soziale Leben anderer Menschen. Auch die weltweit ca. 800 Millionen mit Kraftstoff betriebenen Fahrzeuge – von den Yachten und Flugzeugen ganz zu schweigen – haben bessere Chancen, in Würde zu leben, als die ärmsten 800 Millionen Menschen. Wenn die beiden folgenden ‚Kollektive' (Kraftstofffresser und die 100 Millionen ärmsten Kinder) konkurrieren[896], gewinnen in der Regel die Fahrzeuge (Beispiele: Energie- und Finanzkrisenpolitik der USA und der EU, Palmölplantagen, Biosprit, Begünstigung der Rüstungswirtschaft).[897] Jedenfalls haben bei vielen finanziell hochkarätigen politischen und ökonomischen Entscheidungen in den reichen Staaten die selbst bestimmte Würde von Menschen und das ‚Recht auf ein humanes Leben' keine hohe Priorität – offensichtlich kein Skandal[898] und kein Grund zur Scham für Manager und Minister, sondern business as usual.

---

[893] Vgl. das Interview mit Rügemer: http://www.heise.de/tp/r4/artikel/31/31979/1.html; vgl auch http://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/0,1518,810039,00.html

[894] Dies ist selbstverständlich nur ein Aspekt der menschenverachtenden Politik dieser Staaten, über die in den offiziellen Internetdarstellungen und in Schriften der EthikerInnen kaum brauchbare Informationen oder gar Theorien und Forschungsergebnisse zu finden sind.

[895] „Lasst uns also die Konsequenzen ziehen und den Einwand der Verletzung der Menschenwürde ein für alle Mal aus der bioethischen Diskussion verbannen" (Dahl 2010).

[896] Man kann nicht ProfessorIn in der EU werden, wenn man sich interdisziplinär mit dieser Konkurrenz beschäftigt.

[897] Sollte man die Verfassungen und die Menschenrechte im Sinne einer angewandten Hybridentheorie (Latour u.a.) oder einer multiperspektivischen Systembetrachtung ändern?

[898] Wenn man Würde *essentialistisch* definiert, wie christliche und andere konservative Funktionäre, dann hilft man den Machthabern, den Skandal zu vermeiden.

In ethischen Schriften werden neben hochabstrakten und leerformelhaften Erörterungen[899] oft konstruierte oder nicht alltägliche Fallbeispiele verwendet. Hier sei ein Kontrastbericht aus dem Hartz-IV-Land 2009 kommentarlos eingefügt:

> „Hunger, fehlende Versorgung mit Medikamenten und Todesangst, das klingt ungeheuerlich. Schließlich reden wir hier über Deutschland, nicht über die dritte Welt...
> Claudia Daseking: Das mag unglaublich klingen, aber dazu muss man wissen, dass selbst Sachleistungen gegen Hunger und Verwahrlosung laut Sozialgesetzbuch II nur in bestimmten Fällen gewährt werden sollen. Sogar dann teilt das JobCenter die Lebensmittelgutscheine nicht immer von sich aus zu, sondern dies muss gegebenenfalls erst beantragt werden. Wer es nicht fertig bringt zu betteln - sei es im JobCenter, auf der Straße oder bei der Familie -, muss eben hungern. Die Tafeln fangen hier einiges ab, aber ein vertretbarer Ersatz für einen die Würde[900] gewährleistenden Sozialstaat sind sie nicht. Auch der Krankenversicherungsschutz ist unter Umständen stark eingeschränkt.“[901]

Es gibt viele philosophische, theologische, juristische und andere Diskussionen zum Begriff Würde (vgl. z.B. Fenner 2008, 373 ff; Leget/ Borry 2010, 243 ff). Um den Begriff Würde zu bestimmen, sollte der *Würdeträger* definiert werden. Doch erstens gibt es vielfältige alltagstheoretisch, wissenschaftlich und soziokulturell vorgeschlagene Würdeträger, und zweitens ist es vernünftig, die möglichen Würdeträgerbegriffe Lebewesen, Mensch, Person etc. als dynamische offene Begriffe zu konzipieren (vgl. Birnbacher 2008). Somit dient die bisherige Verwendung des Begriffs Würde in rechtswissenschaftlichen, philosophischen, theologischen und medizinischen Schriften nur als Anregung für weitergehende transdisziplinäre Diskurse.

Im Alltagsverständnis kann jemand würdelos erscheinen, auch wenn die Person selbst dafür nicht verantwortlich ist, und außerdem kann sich jemand würdelos verhalten, wobei der Person die Verantwortung zugeschrieben wird. Dass Würde in den hier entfalteten semantischen Kontext von Selbst- und Fremdbestimmung gestellt werden sollte (vgl. Hilário 2012), kann durch die von Calnan/ Badcott/ Woolhead (2006) bei Befragungen von alten Menschen gefundenen Faktoren oder Kategorien der Würde bestätigt werden: Identität, Respekt, Anerkennung, Autonomie, Unabhängigkeit.[902]

> „Das Bemühen um Würde scheitert, wenn der Körper uns im Stich lässt. In seltenen, sogar höchst seltenen Fällen mögen einmalige Umstände dafür sorgen, dass ein Mensch mit ausgeprägter Persönlichkeit sein Leben in Würde beschließt. Dass so viele günstige Faktoren zusammenkommen, ist jedoch ungewöhnlich und darf nur bei sehr wenigen Menschen erwartet werden“ (Nuland 1994, 18).[903]

> „In Würde leben und sterben zu können wird also zunehmend verhindert, wenn immer mehr Menschen unter gegenwärtigen Bedingungen bis weit in das vierte Alter hinein leben“ (Baltes 2006, 95)[904]

Durch den medizinischen Fortschritt und die starke Zunahme sehr alter Menschen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Dauerkoma (PVS) und schwere Demenz auftreten, die gemäß den Wertvorstellungen vieler Menschen als *unwürdige* Zustände gelten[905]. Unter welchen Bedingungen die *subjektive Würde*, d.h. die real existierende Hauptwürde, in hochentwickelten Staaten faktische Anerkennung findet, vor allem wenn die Person nicht über ausreichende Macht und Durchsetzungsfähigkeit verfügt, wurde bisher kaum erforscht und dokumentiert – schon gar nicht von den Wissenschaftlern, die Schriften über Würde verfassen. Ein „objektiver Wür-

---

[899] Im 18. und 19. Jahrhundert haben Philosophie und Ethik in Europa eine entsprechende Distinktionsentwicklung durchgemacht, die durch Universitarisierung, Verbürgerlichung und Verrechtlichung noch weiter mandarinisiert wurde.

[900] Es gibt Gruppen in Deutschland, für die „Würde“ stärker durch eine Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe als durch die Verringerung der Lebensdauer und Lebensqualität von Harzt-IV-Kindern gefährdet ist.

[901] http://www.heise.de/tp/r4/artikel/31/31163/1.html

[902] Interessanterweise fehlt hier die zentrale Kategorie Scham, die offensichtlich schamhaft verschiegen wird.

[903] In dieser Situationsbeschreibung wird die Möglichkeit des Suizids, der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe, um würdig zu sterben, ohne zureichende Begründung ausgeschlossen.

[904] Baltes nennt das vierte Alter „die radikalste Form biokultureller Unfertigkeit“ und meint: „ Aus einem Weniger an Lebenslänge würde ein Mehr an Lebensqualität“ (ebd.).

[905] Menschen, die mittlere und schwere Demenz als für sich entwürdigend auffassen, wird folgende Behauptung als paternalistisch und unrealistisch erscheinen: „Das Leben mit einer Demenz ist also so lange nicht würdelos, als es Personen gibt, die dieses Seinsattribut des Erkrankten durch ihr fürsorgendes Verhalten sichtzbar machen“ (Lauter 2010, 39).

debegriff“ wird in menschenverarbeitenden Organisationen häufig zur Verschleierung der Nicht-Anerkennung der subjektiven Würdebestimmung eingesetzt. Ideologische und wissenschaftliche Legitimation des „objektiven Würdebegriffs“ wird durch verschiedene Argumente geleistet. Argumentbeispiel: Empirische Untersuchungen, durch die subjektive Würdekonzepte erfasst werden, seien sekundär, da es um einen *essentialistischen* Begriff gehe (vgl. Pleschberger 2004, 38; Nordenfeldt 2003).

These 30: Würde entsteht als zentraler Humanfaktor in Prozessen, Interaktionen und Kommunikationen. Essentialistische, dogmatische und von Strukturen und Relationen abstrahierende Definitionen und Bestimmungen sind unangemessen.

In Rechtssystemen sind widersprüchliche Begriffe von Würde zu finden: Einerseits ist die Würde mit dem ‚Menschsein’ gegeben, also nicht gestaltbar, andererseits ist sie abhängig von äußeren Bedingungen, z.B. dem Umgang mit Menschenrechten, also quantifizier- und messbar.

These 31a: Verfassungen und rechtliche Bestimmungen sind mehrdeutig und multimoralisch, u.a. da auf der Primär- oder Idealebene allgemeine Begriffe, wie „Mensch“, verwendet werden, auf der Faktenebene fast nur die Kontexte und Menschen gemeint sind, die mit dem Staatssiegel versehen wurden.

These 31b: Gefährdet wird Würde der anderen, wenn herrschende Gruppen Wertepluralismus und Toleranz geringschätzen und anderen Personen und Gruppen Werte und Normen aufzwingen. Auch in Demokratien werden Recht, Ökonomie, Technologie, Ethik, Moral und andere gesellschaftliche Institutionen und Subsysteme von mächtigen Gruppen würdegefährdend genutzt.

„All jene, die ihre eigenen Moralvorstellungen zwangsweise mit den Mitteln des Rechts durchsetzen wollen, ignorieren das innere Bauprinzip westlich-zivilisatorischer Rechtsstaatverfassungen.“ (Kodalle 2007, 147) Allerdings nutzen sie bei entsprechender Kapitalausstattung erfolgreich das ‚äußere Bauprinzip’ des jeweiligen Rechtssystems.

IdeologInnen politischer und religiöser Organisationen, der Hospiz- und der Palliativ-Care-Bewegungen vertreten häufig quasifundamentalistische Würdekonzepte, z.B. das „Axiom der wesenseigenen Würde“ (Simon 2007b, 567). Diese Konstrukte ermöglichen den Fundamentalisten, Vertreter anderer Würdekonzeptionen abzuwerten[906]:

> „Von diesen reflektierten Positionen zu unterscheiden ist die weit verbreitete *unreflektierte, mehr intuitive Vorstellung,* Würde habe mit Lebensqualität zu tun und ein Verlust an Lebensqualität ... sei entwürdigend.“ (Rüegger 2007, 560)

> „Die Forderung der Euthanasie-Bewegung nach einem Sterben in Würde als Entsprechung eines Lebens in Würde erscheint demnach als ein Absurdum, weil Menschenwürde selbst bei schwerer und fortschreitender Krankheit bis in das Sterben hinein nicht verloren gehen kann.“[907] (Simon 2007b, 567)

> „Hendrik Buchheister: Gunter Sachs schrieb zum Abschied, seine geistige Kontrolle zu verlieren, hätte er als würdelos empfunden.

[906] Ein krasses Beispiel von Abwertung des Würdebegriffs von „Laien“ durch eine Expertin: „Mittlerweile fast täglich höre ich Worte wie: *‚Das ist kein würdiges Leben.’* Kranke, Angehörige und Aussenstehende äussern sich so. Wenn ich nachfrage, was für sie Würde bedeute, bekomme ich nichts als nachgeplapperte Worthülsen zu hören …“ (Renz 2008, 6)

[907] Es handelt sich um einen bekannten rhetorischen Trick: Wenn du eine absurde oder Kopfschütteln erregende Position vertrittst, dann beschuldige den Gegner, dass er eine absurde Position vertritt. Die Menschen, die in Oregon staatlich anerkannte Beihilfe zum Suizid erhalten, vertreten mehrheitlich die Meinung, dass sie dies wünschen, um ein unwürdiges Sterben zu vermeiden. Ich würde Ihnen eher glauben als Hospiz- oder Palliativ-IdeologInnen.

Axel W. Bauer: Diese Engführung ist tragisch: dass er Kontrolle und Menschenwürde identifiziert. Dann wäre auch ein Kleinkind würdelos. Oder ein Patient im Wachkoma. Die haben keinerlei Kontrolle über sich, trotzdem haben sie Würde.“[908]

Auch die Soziologin Lafontaine (2010, 171) geht wie die Philosophin La Marne (2005) von einem „ursprünglichen Sinn“ der „Würde“ aus, der sich nur einer auserwählten Schar von HochkulturpriesterInnen erschließt, die den ‚Jargon der Eigentlichkeit‘ pflegen (vgl. Adorno 1992).

In Leittexten sind Konstruktionen einer *absoluten objektiven Würde* mit der Abwertung oder sogar Leugnung *subjektiver Würde* verbunden, wodurch Herrschaft und Hierarchie, Disziplinierung und Kollektivierung, Rechtfertigung organisatorischer und professioneller Fremdbestimmung und Entmündigung von Menschen erleichtert werden.[909]

Öffentliche Stellungnahmen von Hochwertträgern oder Ethikkommissionen zeichnen sich häufig durch widersprüchliche oder Doppelbotschaften aus[910]:

- Menschen und ihre Würde sollen im Mittelpunkt des Handelns der für den Sterbebereich Verantwortlichen stehen.
- Kapitalstarken Machthabern nicht genehme Wünsche von selbstbestimmten Menschen bezüglich Hilfen beim Leben und Sterben sollen nicht berücksichtigt bzw. deren Erfüllung soll erschwert werden.

„Die Würde wird ausgelagert, dem Alltagsgebrauch und der normalen Interaktion entzogen[911], sie liegt in den Händen von Quasipriestern und Werthütern“ (Feldmann 2012a, 38). Ein typisches Argumentationsbeispiel dieser pseudowissenschaftlichen Entmündigungsideologie:

„Den nach Meinung des Betreuers mutmaßlichen Willen des Patienten auf Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen aber auch dann gelten zu lassen, wenn keine irreversibel tödliche Erkrankung vorliegt, würde meiner Meinung nach das Gleichgewicht zwischen den Verfassungswerten ‚Recht auf Selbstbestimmung des Patienten’ auf der einen Seite und ‚Verpflichtung zum Schutz des Lebens und der Würde des Menschen’[912] auf der anderen Seite zerstören.“ (Winkler 2008, 33)

Zu diesen Einblicken in einen quasisakralen Bereich passt folgende Beschreibung:

„Nicht aufgedeckt wird auch die Leere von Argumenten wie Würde, Einmaligkeit, Gottesebenbildlichkeit – immerhin können sie ja mit völlig gegensätzlichen Inhalten gefüllt werden. Es ist die Form, die ihnen Gewicht verleiht, denn sie werden vorgebracht im Gestus des Befehlens, der dogmatischen Verkündigung, die keine weitere Diskussion zulässt“ (Koppehele 2008, 291).

Eine semantische Problemlösung könnte darin bestehen, verschiedene Würdebegriffe zu unterscheiden und nachhaltig in bedeutsamen Diskursen zu verankern. Man kann es auch dramatisiert in Begriffen von Bourdieu (2005, 77) sagen:

„Es geht dabei nicht um eine einfache Umwertung von Klassifikationen …, sondern um eine »radikale[…] Umgestaltung der gesellschaftlichen Produktionsbedingungen jener Dispositionen«, die den Opfern der symbolischen Gewalt ihr Einverständnis mit den Herrschenden abringen.“

Würde 1 ist das allen Menschen zugeschriebene Merkmal, das der Legitimation des staatlichen Lebensschutzes dient, nach Wetz (2008) *Wesensmerkmal* (das schon genannte „Axiom der wesenseigenen Würde“) oder „das Überbauphänomen, die aus der Anerkennung des universalistischen Rechtsprinzips zugeschriebene Menschenwürde“ (Raven 2009, 173). Es handelt sich

---

[908] http://www.ksta.de/html/artikel/1304632875153.shtml. Auch Manfred Wolfersdorf liefert in seinen Vortragsfolien einen Beitrag zur postmortalen Entfreiung und Entwürdigung von Gunter Sachs.

[909] Diese dogmatischen Konstruktionen sind januskʻöpfig: Man kann ihnen einerseits Stützung der Institutionalisierung von Lebensschutz etc. zuschreiben, andererseits dienen sie politisch und professionell Privilegierungen zu erhalten und Unwissen zu fördern.

[910] Beispiel: Zwischenbericht der Enquete-Kommission des deutschen Bundestages zur Palliativmedizin und Hospizarbeit

[911] ... ohne sie anzutasten?

[912] Hier wird versucht, eine partikularistische Kategorisierung und Interpretation über die Verfassung zu legitimieren.

um einen Grenzbegriff, d.h. Menschen dürfen nicht unter ein bestimmtes Niveau „gedrückt“ werden, nicht beliebig degradiert und marginalisiert werden (vgl. Waldron 2007).
Würde 1 ist einerseits ein dogmatischer Grenzbegriff, z.B. in Verfassungen, und anderseits ein real variierender Grenzbegriff, der Kollektiven und Gruppen mit bestimmten Merkmalen zugeschrieben wird. Diese Merkmale werden gruppenspezifisch und kontextabhängig gewichtet und vernetzt. Würde 1 zeigt einen Doppelcharakter: Einerseits soll sie dem generellen Schutz von Menschen vor Instrumentalisierung und Missbrauch dienen. Andererseits dient sie mächtigen Systemen, wie dem Staat, dem Recht, der Medizin und der Religion, zu Legitimationszwecken, da die Vermeidung von Instrumentalisierung und Missbrauch von Menschen formal zugesichert wird, faktisch aber nicht eingehalten werden muss. Dieser Doppelcharakter soll in der Öffentlichkeit nicht thematisiert werden[913], welches Verbot auch in den Fachschriften zu dem Thema meist eingehalten wird (vgl. z.B. Lafontaine 2008, 207 ff).

Würde 2 ist ein allen Menschen zugeschriebenes Merkmal, dessen konkrete Bestimmung nur dem Träger zusteht[914], das also nicht eine staatliche oder rechtliche Funktion hat – ähnlich der Bestimmung *Gestaltungsauftrag* von Wetz (2008) oder „durch soziale Wertschätzung unmittelbar konstituierte Würde“ (Raven 2009, 173). Die *soziale Wertschätzung* geht sowohl von signifikanten anderen als auch vom Individuum selbst aus (soziale und personale Identität).[915]
Grundsatz: Das Individuum hat das Monopol der Bestimmung von Würde, die nur für das eigene Leben und Sterben Gültigkeit besitzt.[916]
Würde 2 bedarf zu ihrer symbolischen Kapitalisierung und ihrer realen Anerkennung einer starken Stützung, nicht nur durch Staat und Recht[917].

> „… we are all deeply vulnerable and able to realize and embody our dignity only to different extents“ (Pollmann 2011, 259).

Allerdings sollte im existentiellen Konfliktfall[918], d.h. wenn Würde 1 und Würde 2 nach Interpretation von Funktionsträgern bzw. Kontextherrschern zu unverträglichen Handlungsanweisungen führen, Würde 2 höherwertig sein. Von dieser Regel abweichende Verfahrensweisen bedürften einer strengen Prüfung[919].
Die Überlegung wird an der Bestimmung des *würdigen Sterbens* variiert.



[913] Entlarvendes Beispiel: Eine Aussage (2005) des Thüringer Familienministers Dr. Klaus Zeh: „Es gibt kein unwürdiges Sterben.“ http://www.cdl-online.de/aktuel/a-2005/081105.htm
[914] “The late modern idea of a death under autonomous control brings to the fore a particular definition of the concept ‘dignity’. In late modern Western societies, this term is mainly defined in terms of independence, autonomy and control” (Van Brussel o.J., 13).
[915] Diese Bestimmung entspricht auch weitgehend den Meinungen von Medizinstudierenden (Mehnert/ Schröder/ Koch 2008).
[916] Sich selbst Würde zuzuschreiben und hierbei auch ‚Schwellenwerte’ festzulegen, bedarf einer Kompetenz, die Menschen erwerben und auch verlieren können.
[917] Forderung der DGHS: „Die DGHS fordert aber auch, dass Menschen, die ihren Leidens-Zustand nicht mehr mit ihrem ureigensten Würdeempfinden in Einklang bringen können, das Recht haben, ohne moralische Bevormundung ihren Leidens- und Sterbeprozess eigenverantwortlich abzukürzen.“
[918] Darunter sind u.a. schwerwiegende Entscheidungen gemeint, die anfallen, wenn die betroffene Person nicht kommunikationsfähig ist.
[919] Selbstverständlich ist dies ein hypothetischer Normierungsvorschlag. Normierungen dieser Art sollten (quasi)experimentell geprüft werden.

Der Raum der Bestimmung des *würdigen Sterbens* wird hier dreidimensional aufgespannt. Die Eigenperspektive ist gemäß den heutigen immer öfter sich ergebenden Sterbebedingungen zweigeteilt: das Hoch-Ich entspricht dem mündigen Menschen und das beschädigte Bewusstsein z.B. dem schwer dementen Menschen. Faktisch handelt es sich um ein Kontinuum, doch Menschen sollte das Recht gegeben werden, qualitative Zustände für sich zu definieren. Die Fremdperspektive ist in der Regel zersplittert: Ärzte, Pflegepersonal, verschiedene Bezugspersonen. Hier ist sie zur Vereinfachung eindimensional konzipiert. Die folgenden Thesen beziehen sich auf diese Konstruktion:

1. Nur die Eigenperspektive des Hoch-Ichs liefert eindeutige Ergebnisse bei Anerkennung der Selbstbestimmung als oberstem Wert für derartige Entscheidungen.
2. Die Fremdperspektive ist nur eindeutig, wenn Paternalismus und medizinische Herrschaft akzeptiert werden.
3. Die Eigenperspektive des (stark) beschädigten Bewusstseins ist nur durch eine paternalistische Interpretation mit legitimer Macht ausgestattet eindeutig zu machen.

Nach diesen feinsinnigen Überlegungen kehre ich zur brutalen Weltwirklichkeit zurück. Zur Einstimmung ein Zitat:

> „Why should the ‚dignity' of the person at the end of life be a bioethical issue, but not the massive ‚letting die' of millions of children under five years of age each year from preventable causes?" (Rose 2007, 31)[920]

Die weltweiten von hochrangigen Positionsinhabern gestützten Entwürdigungsketten und –netzwerke[921] ermöglichen Millionen von Tätern die moralischen oder ethischen Aspekte ihres Handelns vor sich und anderen zu verbergen bzw. zu *transformieren*. Dafür sorgen auch veraltete Politik-, Sozial-, Moral- und Rechtssysteme. Zur Aufdeckung dieser Entwürdigungskontexte sind u.a. kritisches Denken, Reflexion, kritische Wissenschaft und kritische Netzwerke geeignet. Doch die heutigen Bildungs-, Beschäftigungs- und Gesundheitssysteme werden oligarchisch gestaltet und sind von Profit-, Bürokratie- und Kompetenzwahn gezeichnet. Gestützt werden diese Strukturen durch „Führerideologien"[922], die sich auch in den Versuchen manifestieren, zentrale Begriffe und Konzepte wie z.B. Würde, Sterben, Selbstbestimmung, Lebensschutz, Wissenschaft, Gerechtigkeit, Freiheit, Demokratie etc. autoritär festzulegen, zu standardisieren und in ein Wertekorsett zu pressen.

Doch immer weniger Menschen lassen sich durch die Sprechblasen von Funktionären und Experten der Würde überreden. Viele bilden sich ihre eigenen Konzepte des würdigen und unwürdigen Lebens und Sterbens. Kellehear (2007a,b) meint, dass sich die Abwehr des *shameful death* (unwürdigen Sterbens) verstärken wird. Dafür spricht, dass in den nächsten 20 Jahren die gebildeteren und emanzipierten Nachkriegsgenerationen altern, die medizinisch-technischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung weiter entwickelt werden, die nationalen und regionalen Bräuche und Wissensordnungen im Zuge der Globalisierung an Kraft verlieren.
Dass Unzufriedenheit mit der Lage verbreitet ist, zeigen die immer wieder aufflammenden öffentlichen Diskussionen und politischen Konflikte um Sterbehilfe, Dauerkoma (PVS), künstliche Ernährung, Beihilfe zum Suizid, Patientenverfügung, Pflegeskandale, Unterstützung von hochrangigen Lebensvernichtern etc.

---

[920] Ein ähnliches Argument: „What is it that makes the death of a brain-dead Florida woman less tolerable than that of an anonymous child in Africa killed by an easily preventable disease?" (Bayatrizi 2008, 4).

[921] Die Entwürdigung betrifft sowohl Würde 1 als auch Würde 2.

[922] Die in den Institutionen Politik, Wirtschaft, Religion, Medizin, Bildung und Wissenschaft verankerten und politisch und/oder ‚wissenschaftlich' legitimierten oder gestützten Führerideologien und Führungsmythen (vgl. Gemmill/ Oakley 1996; Neuberger 2002; Lakomski 2005; Marshall 2010) haben u.a. die Funktionen, Dezentralisierung, Vernetzung, Kooperation, Interprofessionalität und Enthierarchisierung zu diskreditieren bzw. herrschaftsorientiert zu ‚transformieren'.

Kultivierung des Sterbens und Tötens[923]

Einleitung: sozial- und kulturwissenschaftliche Überlegungen

Weltweit gibt es höchst verschiedene und in westlichen Informations- und Bildungssystemen nur unzureichend bekannte Umgangsweisen mit Sterben und Tod. Ein zentraler Unterschied besteht in der Fokussierung auf Tote und Postmortalität in traditionalen Kulturen und auf Sterben in modernen Gesellschaften[924]. In einfachen und traditionalen Kulturen fehlten die Mittel, das physische Sterben in signifikanter Weise zu beeinflussen – außer durch gewaltsame Lebensbeendigung. Dieser ‚traditionelle Umgang' ist aufgrund krasser Ungleichheit freilich weltweit nach wie vor verbreitet: Ohnmacht und Ausgeliefertsein bestimmen noch immer das Leben und das Sterben von Hunderten Millionen von Menschen.

Menschen richten ihre Tätigkeiten und ihr Denken auf die Bereiche, in denen sie aktiv und erfolgversprechend wirksam sein können, folglich wurde in einfachen und traditionalen Kulturen das Problem Tod durch die ritualisierte Manipulation von Toten[925] *und die Gestaltung der Postmortalität bearbeitet.* In modernen Gesellschaften dagegen ist das erste Mal in der Menschheitsentwicklung eine signifikante wirksame Steuerung des physischen Lebens und Sterbens möglich: Hauptindikator *Lebensverlängerung*. In traditionalen Kulturen wurde und wird dagegen aufgrund des vorherrschenden frühzeitigen Todes das postmortale Leben und Sterben als *Ersatz* für das nicht gelebte Leben kulturell bearbeitet.[926] Individualisierungsprozesse, Wohlstands- und Anspruchsvermehrung, die in früheren Hochkulturen kleine Eliten betrafen und heute hunderte Millionen Menschen erfassen, haben in Verbindung mit Ökonomie, Wissenschaft, Technik und Demokratisierung das (prämortale) physische Sterben zu einem bedeutsamen Arbeitsbereich gemacht. Parallel dazu hat die organisierte Religion, die traditionell für den Todesbereich zuständig war, in den modernen Zentren schrittweise an Einfluß verloren[927], das Feld wurde durch die Medizin[928] besetzt, die physisches Leben und Sterben und nicht Postmortalität[929] bearbeitet.

Die säkulare medizinisch eingeengte ‚transkulturelle' gesellschaftliche Gestaltung des Sterbens ist im Gegensatz zur traditionellen Kultivierungsvielfalt (Tod und Postmortalität) folglich ein junges Phänomen in der Geschichte der Menschheit und sollte mehr sozialwissenschaftliche Energie auf sich ziehen.

---

[923] „Kultivierung des Sterbens" ergibt 1010 Google-Treffer, bei Google Scholar nur 5(!) Ergebnisse, 3 davon beziehen sich auf meine Texte. *Ars moriendi*: Google Scholar 7110 Treffer. *Sterbekompetenz*: 17 Google-Ergebnisse, 4 bei Google Scholar (7.7.2015).

[924] Aus dieser Aussage ist nicht abzuleiten, dass „die Toten" in einer modernen Gesellschaft unwichtig geworden sind. „In sum, in contradiction to the claim that late modern secular cultures have extinguished the role of the dead in everyday life, I argue that extreme individualism, capitalism, and technological innovations together have increased their number, visibility, and influence" (Kearl 2010, 52).

[925] „Riten ermöglichen Handeln überhaupt in Ohnmachtssituationen" (Hahn 2010, 50).

[926] Dass es sich anthropologisch um eine *Ersatzfunktion* handelt, kann man aufgrund der Vernachlässigung des Totenkults (anonyme Begräbnisse etc.) in stark säkularisierten Gesellschaften, wie Deutschland, belegen. Es könnte auch sein, dass die anthropologische Funktion der postmortalen Arbeit auf bestimmte Stufen der Menschheitsentwicklung beschränkt ist.

[927] Dieser These widersprechen verschiedene Autoren, z.B. Knoblauch (2009), wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass die Konstrukte *Religion* und *Religiosität* mehrperspektivisch, multikulturell, intra-, inter- und transdisziplinär oszillieren.

[928] Wie hoch die Anteile von Religiosität bei der Medikalisierung sind, ist letztlich abhängig von der Operationalisierung von Religiosität.

[929] Die Postmortalität entgleitet in hochentwickelten Staaten den herrschenden religiösen Organisationen auch immer mehr: Privatisierung, Individualisierung, Medialisierung und auch Medikalisierung (Trauer als Krankheit).

Um den Rahmen für Diskurse über Kultivierung des Sterbens[930] nicht zu eng zu wählen, sollte man folgende vier wichtige Formen des Lebens und seiner Beendigung unterscheiden (vgl. Turner 2009, 139 f):

1. Das nach wie vor weltweit vorherrschende ‚traditionelle' Leben und Sterben der Mehrheit der Menschen, Hauptmerkmale: arm und ausgebeutet. In vielen Gebieten Europas waren derartiges Leben und Sterben noch im 19. Jahrhundert dominant.
2. Das in den reichen Staaten für die Mehrheit realisierte vergleichsweise lange erwünschte Leben und lange unerwünschte Sterben.
3. Das in den reichen Staaten für eine Minderheit realisierte lange Leben und kurze Sterben.
4. Derzeitige und künftige für kapitalstarke Minderheiten erwerbbare heterogene Formen: überdurchschnittliche Lebensverlängerung, Verlangsamung des Altersprozesses, neue Formen der Lebensmehrung, die je nach Perspektive (z.B. Neuformierung der soziosemantischen Felder Mensch, Identität, Person etc. und der damit verbundenen Institutionen) mehr oder minder problematisch erscheinen (vgl. Knell/ Weber 2009; Lafontaine 2008)[931].

Hierbei sind die Feinheiten der Gestaltung und der Vernetzung von Lebensmehrung und -minderung noch nicht in den Blick genommen.

Exkurs: Semantische Reflexion über Lebensoptimierung und - kultivierung

Im Zentrum kontroverser öffentlicher Debatten stehen Lebenserwartung, –verlängerung und –verkürzung, nicht Lebensoptimierung, -gestaltung[932], -strategien[933], -kultivierung etc.
Der Begriff Lebenskultivierung wird fast nur in religiösen Kontexten verwendet. Lebensoptimierung wird in Diskursen über Coaching, Beratung, Therapie und Esoterik, seltener über Bio- und Gentechnologie eingesetzt.
Die spezifische Nutzung der Begriffe in sozialen Räumen und Feldern deutet auf Rahmensetzungen, deren Grundlagen unerforscht bleiben. Reflexive Öffnung und Vernetzung werden offensichtlich als störend und gefährlich (für wen?) empfunden.
Dass die bisher gebräuchlichen Formen der Kultivierung von Lebensmehrung und –minderung auf den Ebenen von Individuen, Gruppen, Organisationen und Großkollektiven differenzierungs- und reflexionsbedürftig sind, wird bisher nur partiell und oligarchisch kontrolliert thematisiert.

Kultivierungsdiagnosen und -diskurse

„In den Staaten der EU ist es in den vergangenen 60 Jahren gelungen, die Zähmung und Kultivierung von zwei lebensgefährlichen Institutionen, Krieg[934] und Autoverkehr, voranzutreiben. Die Erfolge sind bemerkenswert. In beiden Fällen wurden rigorose Generalverbote, die auch nicht durchsetzbar gewesen wären, vermieden. Die Toten und Verletzten, die trotzdem, vor allem beim Autoverkehr in großen Mengen, „anfallen“, werden hingenommen und an der Minimierung der Unglücksfälle wird permanent gearbeitet. Kultivierung wird durch Transparenz, wissenschaftliche Forschung, Experimente, Erprobung von Technologien und öffentlichen

[930] *Kultivierung des Sterbens* wurde bisher nur in eingeschränkter Weise in der Philosophie thematisiert, nicht in anderen Humanwissenschaften.
[931] Vgl. http://www.edmontonagingsymposium.com/index.php?pagename=eas_archive
[932] Schulen in Brandenburg: LER (*Lebensgestaltung*, Ethik, Religionskunde).
[933] *Institut für angewandte Lebens Strategien*: Business-Life Balancing, Change Management, Coaching, Produktentwicklung etc.
[934] Seel (1996, 780) spricht z.B. von der „Kultivierung des Bürgerkriegs“.

Streit gefördert[935]. Wenn man die Bereiche Sterben, Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe betrachtet, könnte man die Frage stellen, ob Kultivierung und Transparenz auch ausreichend gefördert wurden“ (Feldmann 2008a, 171).

> Die eine lässt ihr Leben und Sterben so fremdgestalten, wie es die religiösen und medizinischen Führungspersonen für richtig halten: sie hofft als konformistische Egoistin – vergeblich? – dass sie dadurch dies- und/ oder jenseitig privilegiert wird.
>
> Der andere verkürzt sein Leben selbstbestimmt: er hofft als reflexiver Egoist und/oder Altruist – vergeblich? – seine scheinbar (?) selbst gebastelte Modellwürde zu erhalten oder ein Opfer für die nachhaltige Entwicklung des Lebens und der Menschheit zu bringen oder zu einer winzigen humanitären Verbesserung oder …. beizutragen.

Reflexive Kultivierung[936] und Individualisierung im Feld Sterben[937] zu ermöglichen und zu fördern, wäre ein Ziel angewandter Thanatologie. Gegen diese voluntaristische Aussage kann eingewendet werden, dass derartige Ziele durch die *kulturelle Evolution* realisiert werden oder eben nicht, die ziemlich unberührt von thanatologischer Deutung und Beratung voranschreitet (vgl. Battin 2008). Kommunikationsnetzwerke, Figurationen, Herrschaftsverhältnisse, unternehmerische Aktivität, Professionskämpfe, technische Neuerungen etc., nicht Cicely Saunders, Elisabeth Kübler-Ross oder gar Erkenntnisse der Wissenschaft vom Sterben, haben Diskurse und Praktiken des Sterbens in der modernen Gesellschaft entscheidend geformt! In psychosozialen Mikrobereichen sind allerdings die Deutungen und Praktiken von einzelnen bedeutsam, werden ihnen Hausaltäre errichtet – in einem Zeitalter der Individualisierung.

Hier wird keine ausformulierte Kultivierungstheorie oder –praxeologie angeboten, sondern es werden Bausteine und Anregungen geliefert, die LeserInnen nach Wunsch explizieren oder dekonstruieren können (vgl. auch Feldmann 2012c). Experimentelle Kultivierung benötigt soziale Räume und Felder, in denen Praktiken und Diskurse sich entwickeln können und gestaltet werden (vgl. Lüddemann 2010, 66 ff).

Ein Hinweis (für Akademiker) bezieht sich auf die *Lebensphilosophie* von Georg Simmel (Simmel 1996). Das mit kulturellem Kapital ausgestattete Individuum nutzt *Kulturobjekte*, um sich lebend und sterbend zu entfalten. Es kann Kunstwerke, andere soziale Gebilde oder auch seinen Körper, seine Biographie etc. als Kultivierungsobjekte verwenden. Dies kann politisierend, ethisierend, ästhetisierend, jedenfalls mehrperspektivisch gemeint und gedeutet werden.

> „Das eigene Sterben unter der Leitung eines Künstlers zu planen und auch zu inszenieren, bedeutet nicht nur, eine Alternative zu den medizinischen Räumen des Sterbens in Betracht zu ziehen, sondern darüber hinaus den eigenen Tod nach dem Vorbild der Kunst zu modellieren und in diesem Sinne als einen Vorgang zu begreifen, der sich ins Werk setzen lässt“ (Scholz 2012, 322 f).

Idealtypisch kann das eigene Sterben distinktiv stilisiert werden – soweit Freiräume bestehen bzw. erobert werden. Hierbei kann auch an Konzepte der Lebensreform-, Emanzipations- und Umweltbewegungen angeschlossen werden, wobei das Sterben gemeinsam mit anderen Lebensaspekten (interagieren, essen, wohnen etc.) individuell oder in Gruppen gestaltet wird. Eine individualistische Kultivierung muss man folglich nicht als Gegensatz einer kollektivistischen begreifen, sondern man kann auch zwei relativ unabhängige Dimensionen konstruieren. Allerdings ist in den bisher vorherrschenden Thanatologien und Thanatopraxien[938] die Kultur als ziemlich traditionelles Konstrukt der Hauptakteur und die meisten Individuen sind mehr oder minder Statisten. Man betrachte folgende Aussage: „[...] in der kulturstiftenden Bedeutung von Todesbewältigung und Trauerarbeit sind sich die Kulturwissenschaften [...] einig“

---

[935] – und behindert (Beispiel: Tempolimit in Deutschland).

[936] Das Konstrukt *reflexive Kultivierung* geht in Distanz zu *Professionalisierung* im traditionellen Sinn, die Ärzte, Pflegepersonal, Pädagogen, Juristen etc. betreiben, um einen weiteren Horizont zu erschließen.

[937] „If one can have a ‚lifestyle', one can have a 'deathstyle' too …” (Green 2008, 188).

[938] Thanatopraxie wird in der Regel als Arbeit am toten Körper verstanden, hier wird der Begriff ausgeweitet: todesbezogene Arbeit.

(Assmann 2007, 34). Dass durch die Beschäftigung mit Sterben und Tod in einfachen und traditionalen kollektivistischen Kulturen starke Kultivierungsimpulse geschaffen wurden, ist unumstritten, doch hat sich dies vielleicht in modernen individualisierten und medialisierten Gesellschaften geändert? Kann man etwa aus einer möglichen Diagnose der mangelhaften Todesbewältigung und Trauerarbeit schließen, dass auch die Kulturstiftung einen Abstieg erlebt? Können und sollen Medikalisierung und Pathologisierung von Sterben und Trauer (vgl. Granek 2010) als ‚Kulturstiftung' oder als ‚Dekultivierung' begriffen werden?

Modernisierung, sozialer Wandel im Umgang mit Sterben und Tod und Erosion der Rituale wurden seit dem 19. Jahrhundert registriert und kristallisierten sich in *Verdrängungsthesen* (Feldmann 2004, 62 ff; 2010a, 571 f), die heute in traditionellen und (post)modernen Variationen erscheinen. Lafontaine (2010), die sich dem französischen Hochkulturfeld verpflichtet fühlt, trägt die Fahne der Verdrängung, Verleugnung oder Verneinung des ‚Todes' tapfer weiter, obwohl die meisten englisch- oder deutschsprachigen ThanatosoziologInnen nicht (mehr) mitmarschieren. Lafontaine spricht auch von *Desymbolisierung*[939] *des Todes,* wobei sie den Begriff ohne ausreichende theoretische und empirische Begründung u.a. mit Holokaust, Biologie, Biomedizin, Kybernetik, Entropie, Transhumanismus und anderen Konstrukten und Aspekten der modernen Gesellschaft ‚verknüpft' – folglich, ohne es zu reflektieren, die reichhaltige moderne Symbolisierung von Sterben und Tod belegt.

> „…instead of characterizing the modern period as an epoch of 'death denial', it is perhaps better to speak of an epoch when death was constructed in a 'medical-rationalist' way" (Van Brussel o.J., 10).

Die Veränderungen im Sterbereich in den vergangenen Jahrzehnten haben bei immer mehr sozialwissenschaftlichen Autoren zu folgender Sichtweise geführt: Nach einer Phase der kulturellen Aufmerksamkeitsverlagerung, die mit den Begriffen Verdrängung und Tabu belegt wurde, befinden sich die hochentwickelten Gesellschaften jetzt in einer Phase der „Wiederbelebung des Todes" (*revival of death* nach Walter 1994), der „Wiederverzauberung" (Lee 2008), der „Resakralisierung" (Knoblauch 1999), der „neuen Religiosität", der „neuen Sichtbarkeit des Todes" (Macho/ Marek 2007), der „Postmortalisierung" (Lafontaine 2008) usw. Diese selektiv belegten und umstrittenen Diagnosen und Inszenierungen sind zwar mit vielen interessanten Einzelhinweisen versehen, vermögen jedoch die Vielfalt und den unübersichtlichen Wandel nicht zureichend zu beschreiben und schon gar nicht zu erklären (vgl. die Kritik bei Brüggen 2005). Empirisch genauer, wenn auch nicht zu verallgemeinern, sind Untersuchungen wie die von Österlind et al. (2011) in schwedischen Pflegeheimen, die aufgrund einer Diskursanalyse zu der Erkenntnis gelangen, dass in diesen Kontexten zwei relativ unabhängige und gleichzeitig zeitnah aufeinander folgende Diskurse erscheinen: ein Sterbeverdrängungsdiskurs[940] und ein Diskurs, der sich explizit mit dem Thema Tod beschäftigt.

Hier kann nicht diskutiert werden, in welchen Abschnitten der abendländischen Kultur welche Formen von Verdrängung, Verneinung, Verherrlichung oder sonstiger Kultivierung oder Barbarisierung von Aspekten des Todes beobachtet wurden, und ob und in welchem Ausmaß und in welchen institutionellen und personellen Bereichen eine Liberalisierung, Emanzipation und Öffnung stattgefunden hat (vgl. Feldmann 2004a, 62 ff; Howarth 2007a, 15 ff; Kellehear 2007a).

Ein Beispiel für eine Kultivierungsdiagnose: „Die Todesnäheerfahrung ist Teil einer Entwicklung, die das Ende der Todesverdrängung einläutet und den Tod — wenn auch auf eine besondere Weise — zu einem wichtigen Thema des gegenwärtigen Diskurses macht"[941] (Knoblauch/

---

[939] In einer modernen Gesellschaft findet eine ziemlich unübersichtliche Symbolisierung, Desymbolisierung und Resymbolisierung statt, die Leben und Tod betrifft, wodurch Humanwissenschaftler und Intellektuelle zu unterschiedlichen Diagnosen und Theorien angeregt werden.

[940] „Dying ist silent and silenced" (Österlind et al. 2011, 534).

[941] Kritisch kann man anmerken: Es gibt viele *Diskurse*. Der Tod war im gesamten 20. Jahrhundert ein wichtiges, allerdings meist stark geregeltes und ideologisiertes Thema in *Diskursen* zu Herrschaft, Krieg, Medizin, Religion etc.

Soeffner/ Schnettler 1999, 285 f). Diese für die faktischen Sterbevorgänge ziemlich irrelevante Schmuckrede könnte man durch viele andere Beispiele von angeblichen ‚kulturellen Neuerungen' ergänzen, die freilich langfristig, interkulturell und interdisziplinär betrachtet werden sollten: anonyme Begräbnisse, Leichenanimation, kunstvoll zerstückelte Körper, Erzählungen vom glücklichen Sterben, Reinkarnation etc.

Jedenfalls dürfte folgende offene Situationsbeschreibung für große Teile der modernen Gesellschaft gelten:

> „Wir bewegen uns heute kulturell in einem vielfältigen Deutungsmarkt mit konkurrierenden Deutungsangeboten zu ‚den letzten Dingen', die auch mit unterschiedlichen Verbindlichkeitsansprüchen, Deutungsgewissheiten und Handlungssicherheiten einhergehen." (Schneider 2006, 2)

„Es gibt vielfältige Märkte und Netzwerke der Deutungen und Praktiken: religiöse Gruppen und Organisationen, Esoteriken, Privatkliniken, Hospiz- und Suizidhilfevereine, Ratgeberliteratur, Internetforen etc.; und es gibt in der ‚Weltgesellschaft' auch die zu Waren degradierten Versklavten, die zum frühzeitigen physischen, sozialen oder psychischen Sterben Verurteilten" (Feldmann 2012d).

Ab und zu sollte man von den aristokratischen Diskursen herabsteigen. Für Millionen von Menschen sind die luxurierenden Deutungsmärkte weit von ihrer Lebens- und Sterbewelt entfernt. Ihre ‚Thanatologie' beschränkt sich auf die Optionen *physisch bald zu sterben oder sich zu verklaven*, also physisch länger zu leben verbunden mit sozialem Sterben, wobei diese Thanatoökonomie häufig von religiösen oder anderen Organisationen parasitär, therapeutisch, herrschaftsstabilisierend, jedenfalls multifunktional, ‚begleitet' wird.

Die vielfältigen Märkte sind eingebettet in Herrschaftskontexte, d.h. privilegierte Marktteilnehmer dürfen und können gemäß den jeweiligen Feldspielregeln ‚autonom', ‚souverän' und ‚rational' handeln. Die Ausweitung „freier Märkte" läuft parallel mit einem Prozess, in dem Leben und Sterben immer stärker ökonomisiert, fremdgesteuert, professionell und technisch geformt werden. Gleichzeitig nehmen die Selbststeuerungsinteressen der privilegierten Kapitalträger zu, Segregation und Segmentierung verstärken sich und es entwickeln sich gesellschaftliche Konfliktzonen. Propagierung der *Selbststeuerungskompetenzentwicklung* und Vermarktung der terminalen Phase für zahlungskräftige Zielgruppen sind Wachstumsbereiche. Die semantischen Felder Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe (Euthanasie) werden durch diese Kultivierung gewandelt[942]. Im globalen Geschehen von Lebensmehrung und –minderung sind aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid periphere Gestalten, doch in den hochentwickelten Regionen könnten sie – zumindest für bestimmte soziale Gruppen – kultivierende Ansätze bieten.[943] Diese Kultivierungschance stößt derzeit noch auf eine expertokratische Ablehnungsfront.

> Ein Beispiel: „Nicht die rechtliche Liberalisierung oder eine Freigabe der Tötung auf Verlangen[944], sondern der weitere Ausbau klinischer und ambulanter Versorgung, von Palliativmedizin und Hospizdiensten sowie professionelles und ehrenamtliches Engagement sollten als entscheidende Desiderate[945] einer Sterbekultur gesehen werden" (Frewer 2007, 88 f).

---

[942] Sie nur als „Extremtherapie" bei „unerträglichem Leiden" anzuerkennen, ist Zeichen einer Nicht-Kultivierung, einer verklemmten und disziplinierenden Akzeptanz.

[943] Battin (2008) beschreibt den möglichen kulturellen Wandel hin zu einer Kultur des selbst bestimmten Sterbens, in der verschiedene Optionen zur Verfügung stehen, u.a. Formen der Beihilfe zum Suizid.

[944] Kaum ein ernsthafter Vertreter einer Liberalisierung fordert „die Freigabe der Tötung auf Verlangen", z.B. die völlige Streichung des § 216, sondern nur eine humane und rationale Strafrechtsregelung und –praxis wie sie etwa in den Niederlanden und Belgien erprobt wird.

[945] Wissenschaftlich exzellente Begründungen für diese *Desiderate* liefern Frewer und die vielen anderen Experten, die solche Vorschläge machen, nicht. Sie vernachlässigen Systembetrachtungen, konzipieren keine für solche Vorschläge erforderlichen sozialwissenschaftlichen Studien, beziehen nicht die scheinbar für das Thema irrelevanten Aspekte der sozialen Ungleichheit und der Demokratisierungsmängel in ihre Überlegungen ein etc.

Bereiche, die in verschiedenen Kulturen für Kultivierung offen waren, werden dogmatisch stillgestellt und herrschaftlichen Tabus unterworfen: „Deshalb ist jede Tötung auf Verlangen … kategorisch abzulehnen" (Kamann 2009, 131).

Die abendländische Tradition wird zur Kultivierungsverhinderung instrumentalisiert. Petra Gehring (2010, 187) weist auf philosophische Quasiheilige und ihre Verbote hin.

> „Nach Kant verstößt die Sterbehilfe gegen die Pflichten gegen sich selbst, nach Hegel kann es lediglich für mich selbst eine gewaltlose Freiheit sein, mir das Leben zu nehmen. Es scheint jedoch als schwinde heute im Zusammenhang mit Sterbehilfe das Alarmgefühl gegenüber staatlich erlaubter Tötung."

Der zweite historisch fiktionale und empirisch nicht einmal grob geprüfte Satz des Zitats kann als konservative Ideologien stützendes spekulatives Psychomythogem gedeutet werden.

Doch diese Expertenaussagen sind wohl nur an der Oberfläche einer bisher ziemlich erfolgreichen Biothanatodisziplinierung angesiedelt, deren Erklärung eine wissenschaftliche Aufgabe darstellt. Zwei sozialpsychologische Theorien seien hier genannt: *Terror management theory* (Solomon/ Greenberg/ Pyszczynski 2004; Greenberg/ Arndt 2012) und *system justification theory* (Jost/ Fitzsimmons/ Kay 2004). Beide Theorien erklären die Herstellung konservativer herrschaftsstützender Einstellungen, die Rationalisierung des ‚Anerkannten' und ‚Selbstverständlichen' und die Akzeptanz von Paternalismus, wobei bei der terror management theory explizit die Todesangst im Zentrum steht, während in der system justification theory eher Reduktion von kognitiver Dissonanz, Bewältigung von Unsicherheit, Selbstkontroll- und Reflexionsschwäche gepaart mit Machtillusionen bedeutsam sind. Die derzeitige doxa, die ‚natürliches' medikalisiertes Leben und Sterben und selbstschwache Akzeptanz des degradiert ‚gewürdigten' psycho-sozialen Sterbens einschreibt und die konforme Einverleibung rechtfertigt, lässt sich mit diesen beiden Theorien verknüpfen. Der Sterbe- und Todesangst, die bei Diagnosen ‚Alzheimer' oder ‚Krebs' aufkommt, wird durch die Flucht in den arztpriesterlichen verordneten Paternalismus und das Vertrauen in das ‚schützende System' entgegengetreten.

Kultivierung ist ein veralteter Ausdruck, der sich eher auf Tulpen als auf moderne Menschen bezieht[946]. Könnte man statt Kultivierung schlicht und nüchtern Dienstleistung setzen, wobei noch zwischen Fremd- und Selbstdienstleistung unterschieden werden kann?[947] Ist Kultivierung des Lebens und Sterbens eine unzeitgemäße Konzeption? Heute wird von Planung, Management, Standardisierung und Qualitätskontrolle gesprochen. Droht durch dieses moderne Management eine Nivellierung, Dekultivierung (!), globale (?) Gleichschaltung der Sterbegestaltung? (Gronemeyer 2007a, 22) Dem widerspricht Gronemeyer selbst, wenn er den homo flexibilis und die Patchwork-Gemeinschaft betrachtet. Es besteht in einer modernen Gesellschaft keine prinzipielle Unverträglichkeit zwischen Standardisierungs- und Gleichschaltungseingriffen einerseits und Individualisierung und Pluralisierung andererseits – dies kann man in verschiedenen Konsumsektoren studieren. Kultivierung des Sterbens könnte zwar als Forschungsprogramm, Curriculum oder Teil einer Standardisierung, z.B. durch EU-Richtlinien, konzipiert und erprobt werden, doch man sollte nicht vergessen, dass es sich um Emergenzpotenziale handelt, die sich abhängig von Rechtsvorschriften, Einstellungen in der Bevölkerung, ökonomischer, wissenschaftlicher und technologischer Entwicklung und anderen Faktoren unerwartet entfalten.

---

[946] Gibt man die Kombination Pflegewissenschaft + Kultivierung in Google ein, erhält man hauptsächlich Informationen über Bonsais, Dahlien etc. Gibt man „Kultivierung der Pflege" ein, so werden drei wissenschaftlich unergiebige Treffer gezeigt.

[947] Romantiker, Intellektuelle, Oberberater und heroische Gestalten würden freilich andere Kultivierungsgeneratoren und –ziele nennen: Wille zur Macht, das Selbst als Kunstwerk, Emanzipation, Lebenskompetenz etc. (vgl. Kersting/ Langbehn 2007)

Der Kultivierungsvorschlag von Kitwood (2008)

Kitwood war ein Pionier der Demenzforschung und –bewegung. Nach seiner Ansicht sollen neue Pflegegemeinschaften entstehen. Die globale Ungerechtigkeit, die Zerstörung der Biosphäre, die Marktmentalität und die Problematik des Weltwirtschaftssystems sollen einbezogen werden. Ein radikaler Wechsel in der Pflegekultur wird gefordert. Dieser globale Probleme einbeziehende Ansatz erscheint vielversprechend. Doch nach dieser einführenden Horizonterweiterung kehrt Kitwood zu den bekannten paternalistischen Forderungen zurück: Die Reflexion und der „exzessive Individualismus" sollen behindert und stigmatisiert werden. Nicht eine Vielfalt der kulturellen Entwicklung wird angestrebt, sondern eine bereits in ihrer Grundstruktur festgelegte „neue Kultur" (ebd., 194 f): Unter welchen Rahmenbedingungen eine (demenzgefährdete oder demente) Person agieren darf, bestimmen die Pflegeexperten, nicht die Person bei klarem Bewusstsein. Die „neue Exklusionskultur" lässt den umfassenden gar globalen Ansatz zu einer abstrakten Hülle schrumpfen[948].

Die *Kultivierungsdiskurse* im Bereich Leben und Sterben sind durch permanente Inklusions- und Exklusionskämpfe und durch Dogmatisierungsversuche gekennzeichnet. So wird der Ausdruck *Sterbekultur* von Oduncu und Hohendorf (2011) als diffuser autoritärer Ansatz im Interesse konservativer Gruppen verwendet.

Wenn Tugendwächter, z.B. Petra Gehring[949], kategorisch die Institutionalisierung eines „Tötungsservice"[950], also aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid, ablehnen, dann wenden sie sich im Interesse konservativer Gruppen gegen ein Grundprinzip der modernen Dienstleistungsgesellschaft, vertreten also nostalgische, paternalistische und defensive Positionen. Man sollte zwar die Details von Dienstleistungen zur Lebensmehrung und –minderung[951] kritisch betrachten und Veränderungen vorschlagen, z.B. pro und contra der rechtlichen Regelungen in den Niederlanden, in Belgien, in der Schweiz oder in Oregon, doch eine prinzipielle Ablehnung kann weder allgemein verbindlich begründet werden noch ist sie der gesellschaftlichen Lage angemessen.

Kultivierung des Sterbens ist pluralistisch, invididualisiert und ein Konfliktbereich und nicht mit der Einrichtung und Perfektionierung einer *palliativen* Versorgung geleistet, denn diese ist nur ein Aspekt in einem komplexen Geschehen. Immer wieder sollte der Blick von den einzelnen oft provinziellen, professions- und gruppenbezogenen Felddiskursen auf die gesamte Kultur, auf die ‚Weltgesellschaft' und zurück zu den einzelnen Menschen gerichtet werden. Welche Formen der Kultivierung und Zivilisierung werden gefördert und welche vernachlässigt?

Wenn man Deutschland im 20. Jahrhundert betrachtet, wurde zuerst die Kultivierung des Sterbens und Tötens im Krieg stark gefördert[952], jedoch nach 1945 schlagartig zurückgefahren.[953] Die Widerstände gegen eine Kultivierung der Empfängnisverhütung und der Abtreibung wurden langsamer abgebaut. Interessant ist, dass die Reaktionen auf den Suizid im Zuge der Individualisierung zwar partiell liberalisiert aber kaum kultiviert wurden. Die Kämpfe um die Zu-

[948] Der Ansatz von Kitwood wird hier nur bezüglich seines dogmatischen Anspruchs und der Exklusionstendenz hinterfragt. Als ein Kultivierungsvorschlag unter anderen ist er selbstverständlich akzeptabel.

[949] Petra Gehring in einer Sendung über Sterbehilfe in HR2, 10.4.2009. Vgl auch: „Vom ‚guten Gen' über den Erwerb von Lebenszeit bis zum Tötungsservice in der Sterbehilfe ist das biotechnisch gefasste Leben als Konsumgut attraktiv." (Gehring). http:// www.slm.uni-hamburg.de/ifg2/theaterforschung/DieUntoten_Info.pdf

[950] Bekanntlich gibt es weltweit eine ‚Tötungsservicewirtschaft', Söldner etc., auf die die Tugendwächter ihre öffentlichen normativen Stellungnahmen richten sollten.

[951] Die Rüstungsindustrie und die Militärmaschinen sind allerdings die geeigneten Objekte für solche Untersuchungen, nicht Sterbehilfegruppen und -organisationen.

[952] Bendle (2001) sieht die *Militarisierung* des Todes in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht nur auf Deutschland beschränkt, sondern als globales Phänomen.

[953] Im 21. Jahrhundert werden in der EU und in anderen hochentwickelten Staaten neue Kultivierungsweisen des Krieges bzw. der auf Massen bezogenen Lebensminderung erarbeitet.

lassung einer Kultivierung der aktiven Sterbehilfe[954] und der Beihilfe zum Suizid werden mit kaum verminderter Härte geführt.
Der Begriff *Kultivierung des Sterbens* wird – wie gesagt – in öffentlichen Diskursen kaum verwendet, dagegen nutzen konservative christliche und hospizliche Gruppen den Ausdruck *Kultur des Sterbens*[955], doch viel häufiger *Kultur des Todes*. Diese beiden semantischen Gestalten haben divergierende Bedeutungen. Katholisches Führungspersonal hat mehrfach in der Öffentlichkeit von der „Kultur des Todes“[956] gesprochen und damit Abtreibung, aktive Sterbehilfe, Akzeptanz der Homosexualität u.a. gemeint.[957] Manche Theologen und Psychiater neigen zu apokalyptischen Todeskulturvisionen. Ein Beispiel: „Die Entstehung einer Todes- und Suizidkultur mit Nachahmungseffekten, begünstigt durch eine allgemeine Trivialisierung des Freitodes, ja des Todes überhaupt“ (Gmür 2008, 2).

Man findet ähnliche kulturkritische Bemerkungen auch in anderen nicht religiös orientierten Schriften, z.B. bei Baudrillard (1982). Lebens- und Todessteuerung sind universale kulturelle Phänomene und dass die moderne Gesellschaft in diesem Bereich die bisher höchste Stufe der Kompetenz und der Gefährlichkeit bzw. des Risikos erreicht hat, wird kaum jemand leugnen.

Die Blickerweiterung lenkt das Interesse auf zentrale globale Probleme menschlichen und nichtmenschlichen Lebens. Man könnte innovative biothanatologische Konzepte fordern, die bisherige Rahmenbedingungen sprengen. Z.B. könnte „die private Selbstsorge mit politischer Parteinahme für das gesellschaftlich marginalisierte Individuum“ (Heidbrink 2007, 263) eine ungleichheitsmindernde Umverteilung durch selbstbestimmtes altruistisches Sterben ersparter Ressourcen anstreben.[958]

Ein weiteres Beispiel, das manchen eigenartig vorkommen wird, sei gewählt. Kevorkian (2004) hat in seiner Dissertation „Umwelttrauer“ oder „Ökotrauer“ behandelt. Dass Menschen über verschiedene Verluste trauern, ist bekannt: Sei es ein Tier, ein Haus, eine Stadt etc (vgl. Bell/ Taylor 2011). Die Frage ist, ob sich diese Trauer ausweiten lässt auf ausgestorbene bzw. aussterbende Arten und ‚sterbende’ Ökosysteme und damit gesellschaftlich und kulturell nutzbar wird. Ähnlich persönlichen oder gruppenbezogenen (gewaltsamen) Personverlusten wäre ein ‚vergleichbarer’ Ökozid mit entsprechenden Kognitionen, Emotionen, Handlungspotenzialen und kollektiven Erinnerungsevents zu beantworten. Noch weitgehender wäre das Generieren kognitiver und emotionaler antizipatorischer Wut und Trauer, die künftige Generationen aufgrund der Ökozide seit dem 19. Jahrhundert erfassen könnte.[959]

Doch romantische Vorstellungen sind der gegenwärtigen Situation nicht angemessen, denn Leben und Sterben vollziehen sich sowohl ‚wild’ und ‚zufällig’ als auch professionell, interaktiv, technologisch, betriebs- und volkswirtschaftlich, und vielfältig institutionell gesteuert. Insofern sind von Interessengruppen hochgehaltene Dichotomien und Gegensätze wie Werterhalt oder Wertverlust, Künstlichkeit oder Natürlichkeit, Autonomie oder Solidarität[960], Leben lassen oder Töten (Tod machen) und ähnliche Schwarz-Weiß- und Freund-Feind-Sprachspiele ideologiekritisch, wissenssoziologisch und transdisziplinär zu untersuchen. Die Sterbediskurse und –praktiken sind im Kontext der Globalisierung, der Verwirklichung einer pluralistischen

---

[954] Nach Meinung einiger Experten ist die so genannte nationalsozialistische „Euthanasie“ ein abschreckendes Kultivierungsbeispiel, das die Kultivierung der aktiven Sterbehilfe behindert oder sogar verhindern soll. Hierbei handelt es sich freilich um Diskurse von Experten im Dienste mächtiger Institutionen. Die These von der Bereitschaft zur Kultivierung der aktiven Sterbehilfe bezieht sich auf die Mehrheit der Bevölkerung.
[955] Der Ausdruck „Kultur des Sterbens“ bedeutet „gutes Sterben“, vor allem in Hospiz- und Palliativdiensten.
[956] Wissenschaftlich akzeptabler ist die Anwendung des Konstrukts „Kultur des Todes“ auf lokale und globale Aktivitäten, die Ökosysteme, Kultur- und Lebensräume zerstören (Beispiel: http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-56756368.html).
[957] Im romanischen Sprachraum ist dieser Ausdruck *Kultur des Todes* (cultura de muerte, cultura de morte etc.) von konservativen christlichen Gruppen besetzt.
[958] Dieser Gedanke schließt – vielleicht missverständlich – an das Projekt einer *Ästhetik der Existenz* von Michel Foucault an.
[959] „Sie (künftige Generationen) werden vielleich einen *negativen Totenkult* entwickeln: dauerhafte Hass- und Verachtungsorgien, in denen sie ihrer Ahnen des 19., 20. und 21. Jahrhunderts ‚gedenken’“ (Feldmann 2010d, 261).
[960] Die Güte reflexiver Solidarität wird nur durch hoch entwickelte personale Autonomie garantiert.

Demokratie, der Unterstützung unterprivilegierter Gruppen, der intelligenten sozialen Kontrolle, der Entbürokratisierung und Nutzung von Instrumenten und Verfahren, die Alternativen zum Straf- und Standesrecht bieten, zu analysieren. Ein heuristischer Hinweis: „Wir[961] werden umgeprägt von einem humanistisch-nationalistischen Welthorizont auf einen ökologisch-globalen.“[962] (Sloterdijk/ Heinrichs 2006, 29)

Allerdings kann die Forderung nach Diskursdifferenzierung und –optimierung strategisch und taktisch in Normalisierung und Konformismus begünstigendem Interesse eingesetzt werden. Dies geschieht in einer scheinbar wissenschaftlich neutralen Haltung, die eine solche Diskurskultur als Voraussetzung für die Institutionalisierung von aktiver Sterbehilfe fordert.

> Ein Beispiel: „.. we suggest that those interested in euthanasia as a social practice should aim to widen public debate beyond the parameters of individualistic autonomy and compassion, attending to the moral and social aspects of medically and deliberately inducing death in a consenting individual.” (Eliott/ Olver 2008, 655)

Durch solche scheinbar rationalen und neutralen Forderungen, die allerdings nur Gegner, Exkludierte oder Rangniedrige betreffen, werden implizit die Praktiken, die in Heimen, Krankenhäusern, Hospizen, Konzernen, Ministerien etc. institutionalisiert sind, privilegiert, denn sie dürfen ohne eine solche Diskurskultur durchgeführt werden, bzw. sie wird für die etablierten Organisationen als bereits geleistet vorausgesetzt[963].

Kultivierung des Sterbens wird pragmatisch von vielen mit Aktivitäten in Seniorengruppen, Heimen, Hospizen oder religiösen Organisationen verbunden, doch sie ist nicht auf diese gesellschaftlichen Orte eingeschränkt. Hospize und Palliativstationen, den mächtigen Institutionen Medizin und Religion dienend, sind Stätten der Kultivierung des Sterbens – und leider auch der Verhinderung der Kultivierung. Diese Verhinderung ergibt sich paradoxerweise durch die Alternativen ausschließende politische und medizinische Anerkennung des Hospiz- und Palliativ-Care-Feldes und dessen Instrumentalisierung. In diesen Feldern werden gruppen- und professionsspezifische Referenzrahmen erarbeitet, während gleichzeitig über PR- und Medienschienen professoraler und pastoraler Universalismus verbreitet wird[964]. Diese institutionalisierte *Doppelmoral* verstärkt die Exklusion und das Misstrauen bei Exkludierten, z.B. Personen, die aktive Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid als Optionen wünschen oder andere mit dieser Spezialkultur nicht kompatible Erwartungen haben. Wenn die Exkludierten öffentlich auftreten, werden sie als Konkurrenten und Rahmenzerstörer angefeindet.

Die Lebens- und Todeswächter schlagen sofort an, wenn in den Zentralmedien unerwünschte kultivierende und sozialisierende Beiträge gebracht werden[965]. Nach der Ausstrahlung der Dokumentation "Recht zu Sterben" über einen begleiteten Suizid im britischen Fernsehen hat die hannoversche Landesbischöfin Margot Käßmann der "Neuen Presse" mitgeteilt:

> "Ich kann nur inständig hoffen, dass die Zunft der Fernsehmacher der Versuchung widersteht, nun auch noch den Tod zu vermarkten. Das Sterben gehört nicht ins Fernsehen, da ist für mich eine ethische Grenze von Öffentlichkeit gegeben."[966]

---

[961] Das „Wir“ ist allerdings schillernd: die Privilegierten, die Unterprivilegierten, die Verhungernden, die Westmenschen, die Eliten?

[962] Vielleicht ist korrekter (oder auch idealistischer?): ‚von einem christlich-nationalistischen zu einem humanistisch-ökologisch-globalen Welthorizont’ – doch auch dies gilt nur für Minderheiten der ‚globalen Gesellschaften’.

[963] Ein ähnliches Beispiel für eine einseitige kritische Sichtweise liefert Kastenbaum (2007, 293) – ohne darüber zu reflektieren – durch seine Formulierung eines Unterkapitels: „The Netherlands: A social experiment watched closely by the world“.

[964] Ein Beispiel. Im Zwischenbericht der Enquete-Kommission des deutschen Bundestages zur Palliativmedizin und Hospizarbeit heißt es: „Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und des Ausscheidens aus einem Leben, das angesichts befürchteter medizinischer Überversorgung und schmerztherapeutischer und pflegerischer Unterversorgung als nicht mehr lebenswert erscheint, kann nicht im Interesse der Gesellschaft liegen.“ Wenn der Begriff „Interesse der Gesellschaft“ verwendet wird, handelt es sich meist um einen missglückten Universalisierungsversuch.

[965] Eine katholische Lebens- und Todeswachtstation ist Zenit: http://www.zenit.org/index.php?l=german

[966] http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/?sid=526127

Eine Vermarktung von Sterben und Tod in den Medien ist alltäglich und wird auch von den Kirchen betrieben, folglich ist der bischöfliche Strafzettel als Ablehnung von Konkurrenz, Differenzierung und Pluralismus der Werte zu deuten. Der Medienbeitrag der deutschen Bischöfin auf eine Dokumentation im britischen Fernsehen (!) zeigt auch, wie begierig die Lebens- und Todeswächter auf „Grenzüberschreitungen“ warten (vgl. Sloterdijk/ Heinrichs 2006, 57)[967].

Eine ähnliche gutsherrliche mediengestützte Meldung der Lebens- und Todeswächter geschah beim assistierten Suizid des Ehepaars Brauchitsch. Der Präsident der DGP, Friedemann Nauck, und der Vorstandvorsitzende der Deutschen Palliativstiftung, Thomas Sitte, bezeichneten mit wissenschaftlich und biopolitisch fragwürdigen paternalistischen Universalitätsansprüchen gerüstet diesen Suizid als „unnötig“ und nicht „angemessen“.[968]

André Rieder, über dessen geplanten Suizid eine Fernsehdokumentation erstellt wurde[969], bietet ein gutes Beispiel für eine Kultivierung des Suizids. Doch die Experten, die dazu Stellung nahmen, vermochten diese Bedeutung und Wirklichkeit nicht zu erkennen und nicht anzuerkennen, sondern äußerten sich nur innerhalb ihrer psychiatrischen, religiösen oder sonstigen Rahmensetzungen.

Aufgrund des unter medizinischer, kirchlicher und politischer Führung errichteten Hospiz-Palliativ-Monopols des *guten Sterbens* wird den vielfältigen Formen der individuellen und privaten Kultivierung des Sterbens durch Medien und Wissenschaft weniger Aufmerksamkeit geschenkt, bzw. werden sie nach groben und verzerrenden Kategorien erfasst[970]. So sind auch bei (sozial)wissenschaftlichen Vorschlägen zu einer Verbesserung der öffentlichen Sterbediskurse die blinden Flecken und die sklavische Bindung an das medizinische System allzu offensichtlich:

> “Raising public knowledge of issues surrounding death, dying, and bereavement risks raising expectations we cannot yet meet or sending an unrealistic message that death can always be managed well” (Seymour/ French 2010).

Die Illusionen über ein positives Sterbemanagement werden doch nicht durch öffentliche Wissensoffensiven genährt, sondern primär durch quasisakrale Praktiken und verbale Sedativa des medizinischen Systems.[971]

Medizinische Maßnahmen in der terminalen Phase[972], häufig auch die terminale Sedierung, sind teure und wenig erfolgreiche Versuche, das *schlechte Sterben* (dirty dying) einer von der Forschung vermiedenen Minderheit von bedauernswerten Patienten in den Griff zu bekommen (vgl. Lawton 2000; McNamara/ Rosenwax 2007), für die kultivierte Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe personbezogene, würdige und preiswertere Gestaltung des Lebensendes anbieten könnte.

[967] Allerdings sollte noch genauer untersucht werden, unter welchen Bedingungen ein „öffentlicher Aufschrei“ oder die vielleicht erfolgreichere Maßnahme des Ignorierens und des Entöffentlichens bestimmter Thesen und Ereignisse gewählt werden – eine Aufgabe der im deutschen Sprachraum unterentwickelten *Agnotologie*.

[968] http://www.patientenverfuegung.de/newsletter/2010-09-27/fragwuerdige-sterbehilfe-im-verborgenen-durch-palliativmedizin

[969] http://www.medienheft.ch/de/nc/14/date/0000/00/00/dok-film-ueber-suizid-eines-psychisch-kranken-polarisiert/select/medienkritik/article/8.html

[970] Zur Monopolerhaltung wird mit bewährten Mitteln gearbeitet: Konkurrenten werden am öffentlichen Sprechen gehindert, stigmatisiert, zwangsklassifiziert etc.

[971] Wahrscheinlich sind Seymour und French der Meinung, dass man die Sterbepropaganda den Vertretern des medizinischen Systems und mit ihnen kooperierenden Funktionären überlassen soll.

[972] Ein beachtlicher Teil der medizinischen Maßnahmen in der terminalen Phase sind hauptsächlich für das Gedeihen des medizinischen Systems brauchbar weniger für die Patienten.

Die Vertreter des *guten palliativen Sterbens* werden trotz einer mächtigen normalisierenden Interessenskoalition[973] mittel- und langfristig nur für eine Minderheit brauchbare Angebote machen und somit thanatopraktische Kämpfe nicht verhindern können. Legale und illegale Formen der Lebensverlängerung und Lebensqualitätssteigerung, Sterbestilisierung, aktive Sterbehilfe, Suizid, Beihilfe zum Suizid und andere Formen des Sterbemanagements und der Sterbekompetenzsteigerung nisten sich ein und werden verdeckt und offen institutionalisiert.[974]

Nach Meinung dogmatisch Denkender nicht vereinbare Formen der Kultivierung und Zivilisierung koexistieren bereits in der modernen Gesellschaft: Menschen, die in das Reich der Demenz wandern, andere, die aus verschiedenen Gründen, z.B. um unerwünschte Formen des physischen, sozialen oder psychischen Sterbens zu vermeiden, Suizid begehen, Menschen, die sich angeblich zufrieden oder vielleicht auch ‚höllenähnlich' im Koma oder vergleichbaren Zuständen befinden, und andere, denen durch eigene Entscheidungen oder Handlungen anderer ein diese Zustände vermeidender schneller Tod erwirkt wurde usw.

Handelt es sich also um Rückzugsgefechte, wenn aktive Sterbehilfe bedingungslos strafrechtlich verfolgt und Suizid ohne Einschränkung medikalisiert und pathologisiert wird?[975]

> „Nach van den Daele (2006a) stemmt sich ein „Elitenkonsens" gegen die Einstellungen der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland, was die aktive Sterbehilfe und die Liberalisierung und Demokratisierung des Bereichs Sterben betrifft. Dass ein „Elitenkonsens" vorliegt, ist allerdings empirisch nicht belegt. Vieles deutet darauf hin, dass schlagkräftige Gruppen von Funktionären und ihren Expertenhelfern in Zusammenarbeit mit Medienmachern einen solchen „Elitenkonsens" und sogar einen „Gesellschaftskonsens" vortäuschen" (Feldmann 2007, 120).[976]

Kurzer methodologischer und ideologiekritischer Exkurs

Zweifellos kann aus Ergebnissen von Meinungsumfragen keine rechtliche Normierung ‚abgeleitet' werden, doch eine Gesetzgebung zur aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) ohne Planung, Evaluation und Berücksichtigung empirischer Forschung, wozu auch Einstellungs- und Meinungsumfragen gehören, weist auf ein wissenschaftlich rückständiges Rechtssystem[977]. Konformistische Funktionäre und WissenschaftlerInnen versuchen, unorthodoxe Vorstellungen und Forderungen, die sich auf empirische Forschung beziehen, ‚unschädlich' zu machen. Dies soll durch ein soziologisches Beispiel verdeutlicht werden.

Dass von Graumann und Lindemann (2010, 304) als „prominentestes Beispiel" für „Sein-Sollen-Fehlschlüssen" in der „Medizinethik" „die Zuhilfenahme von Meinungsumfragen zur Sterbehilfe, um bestimmte rechtliche Regelungsoptionen als die ‚ethisch richtigen' auszuweisen", genannt wird, ist ideologiekritisch und wissenschaftssoziologisch zu analysieren. Offensichtlich verhalten sich die beiden SoziologInnen aufgrund ihres im Vergleich zum Medizin- und Rechtsadel geringen Status konform und vermeiden aufklärende Hinweise auf Herrschaft, Vorurteil und Steuerung der Medizin- und Rechtsethik[978]. Dass „Sein-Sollen-Fehlschlüsse" in

[973] "A model of palliative care that integrates the principles and practices of health promotion and public health is proposed as one approach to normalising the conceptualisation of dying and the responses of communities to their dying members" (Rosenberg 2011, 27).
[974] Gronemeyer (2007, 180) spricht von „Nebeneffekt-Euthanasie", doch die künftigen Haupt- und Nebeneffekte können derzeit noch nicht adäquat beschrieben werden.
[975] These: Diese Kultivierungsbarrieren verlieren immer mehr an Wirksamkeit, auch wenn offiziell die Festungen noch gut verteidigt erscheinen. Eine Befragung von österreichischen Medizinstudierenden hat im Vergleich der Meinungen von 2001 und 2009 einen signifikanten Anstieg der Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe ergeben, parallel zu der Zunahme bei repräsentativen Umfragen, die sich auf die Gesamtbevölkerung bezogen (Stronegger et al. 2011).
[976] Vgl. auch „Konsens ohne Zustimmung" von Chomsky (2000, 54 ff).
[977] Bestätigungen für diese Rückständigkeitsthese liefern die offiziellen Begründungen zum geplanten Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung.
[978] Der *Soziologie des Suizids* ist generell eine unkritische Haltung gegenüber ihrer eigenen gesellschaftlichen Wirkung und den einschlägigen Ideologien und Legitimationsstrukturen der Medizin, des Rechts und der Politik zu bescheinigen (vgl. den Überblick von Wray/ Colen/ Pescosolido 2011).

den Subsystemen Medizin und Recht regelmäßig auftreten[979], folglich implizit institutionalisiert sind, und zwar in gesellschaftlich weitaus bedeutsameren Fällen als in dem genannten „prominenten Beispiel“, bleibt ‚Geheim- oder Schamwissen’. Auch dass eine „Medizinethik“, die ohne „Zuhilfenahme von Meinungsumfragen“ Empfehlungen zur Sterbehilfe für Rechtsentscheidungen ausarbeitet, wissenschaftlich nicht ernst zu nehmen ist, dürfte den AutorInnen entgangen sein. Diese erkenntnistheoretische und methodologische Überforderung ist auch bei anderen WissenschaftlerInnen feststellbar. Ein Beispiel bietet Axel W. Bauer (2015, 61), der vielleicht die Demokratie durch eine Oligarchie ersetzen will, in der von ihm eingesetzte kernige Reflexionsexzellenzen das Sagen haben:

„In der jüngeren Medizinethik wird zunehmend versucht, die methodisch äußerst fragwürdige Arbeitstechnik zu etablieren, normative Fragestellungen auf der Basis demoskopischer Meinungsumfragen zu beantworten, um damit auf die staatliche Thanatopolitik aktiv Einfluss zu nehmen. Ethische Reflexion wird somit ihres reflexiven Kerns beraubt.“

Derartige feinsinnige Überlegungen spielen in den öffentlichen Diskussionen keine Rolle, sondern es werden wirksamere meinungs- und einstellungsbildende Mittel in den Kämpfen um Deutungsmacht eingesetzt.

Als Warnung gegenüber einer Liberalisierung der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe wird in Deutschland rituell der Hinweis auf die Naziverbrechen verwendet[980]. Doch der Hinweis auf Diktaturen, auf die ‚Allmacht des totalitären Staates’, wäre eher als Argument für die Liberalisierung als dagegen brauchbar, da es um Selbstbestimmung und Widerstand gegen autoritäre die pluralistischen „Gebrauchsmoralen“ (vgl. Neuberger 2006, 547) missachtende Regelungen geht. In den Niederlanden wird seit Jahrzehnten die Freiheit und Selbstbestimmung der einzelnen Menschen mehr gefördert als in Deutschland. Oregon ist einer der demokratie- und menschenrechtfreundlichsten amerikanischen Bundesstaaten.

Wissenschaftler und Funktionäre in Deutschland stellen immer wieder ‚Zusammenhänge’ zwischen dem „Euthanasieprogrammen“ der Nazis und der derzeitigen Akzeptanz oder Durchführung der aktiven Sterbehilfe her. Doch diese Mahner und Ethikexperten stellen keine Zusammenhänge zwischen den Politik-, Medizin- und Sterbesystemen in Deutschland und dem Hunger und frühzeitigen Sterben in anderen Staaten her, obwohl solche Zusammenhänge entgegen dem ersten empirisch beweisbar wären. Ein entsprechendes Projekt, das auch für die Entwicklung der in der EU unerwünschten Agnotologie einen Beitrag leisten könnte, würde von den exzellenten europäischen Forschungsförderungsorganisationen nicht finanziert werden.

Student, Klie und andere unterstellen, dass man in gefährliches moralisches und gesellschaftliches Fahrwasser gerät, wenn man die Selbstbestimmung des hoch entwickelten Menschen, die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid befürwortet oder gar rechtlich erleichtert. Doch die Gegenthese ist plausibler: Durch diese Liberalisierung wird die Gesellschaft eher befriedet, werden unnötige institutionelle und individuelle Konflikte vermieden, wird die Demokratisierung gefördert, die zentral von der Mündigkeit möglichst vieler Staatsbürger abhängt, und werden die Ungleichheit und Unterdrückung fördernden Herrschaftsverhältnisse geschwächt. Die konservativen und reaktionären Gruppen leisten im Kampf um Liberalisierung und Kultivierung im Sterbebereich deshalb viel erbitterter Widerstand als im Kampf um Liberalisierung der Sexualität, weil es um mehr Macht und mehr Kapital geht.

Die gegen eine selbstbestimmtes Sterben stärkende Patientenverfügungsregelung gerichteten Thesen von Student, Klie, Hospizfunktionären und anderen konservativen Lebensschützern werden durch viele dokumentierte Fälle in Frage gestellt, z.B. durch den Fall Terri Schiavo. Da keine Patientenverfügung von Terri Schiavo existierte, konnte eine Schar von Experten,

[979] Ein Beispiel auf ‚hohem Niveau‘: „„ the pretence of control has led to some very strange linguistic frames. For example, it is now commonplace to use the expression ‘the right to die’ – as if one had any choice about the matter!” (Vamos 2012).
[980] Vgl. zur Kritik an der „Parallelisierung“ von NS-Euthanasie und moderner Sterbehilfe Fenner (2007, 204 f).

Pseudoexperten, Juristen, Politikern, Interessenvertretern und eine vielfältig desinformierte Öffentlichkeit einen modernen Hexensabbat entfesseln (vgl. Green 2008, 49 ff).

Auch Experten, die die Sterbesituation nicht dogmatisch betrachten, neigen dazu, die Kultivierung zu vernachlässigen und folglich Bedenken gegenüber einer Institutionalisierung der Beihilfe zum Suizid zu veröffentlichen.

> „Beihilfe zum Suizid ist also nicht per se etwas Unmoralisches. Die Frage ist jedoch, ob man ihre Praxis (berufs-)rechtlich zulassen soll. Gegen einen solchen Schritt sprechen weniger grundsätzliche, als vielmehr praktische Probleme, z.B.:
>
> • Das Problem der Authentizität: Verbirgt sich hinter dem Wunsch nach Suizidbeihilfe tatsächlich der Wunsch nach dem eigenen Tod? …
>
> • Das Problem der Freiwilligkeit: Kann ausgeschlossen werden, dass der Wunsch nach Suizidbeihilfe nicht von Dritten beeinflusst ist? …
>
> • Mögliche Missbrauchs- und Dammbruchgefahren …“ (Simon 2010, 709).[981]

Die Liberalisierung der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe kann als eine dem militärischen Bereich und dem Straßenverkehr[982] vergleichbare begrenzte Öffnung einer staatlich und rechtlich errichteten *Lebenskontroll- und -schutzzone*[983], also als Entwicklungschance, verstanden werden, die durch die derzeitige Gesetzgebung, durch Organisationsgestaltung und die Regelungen der Standesvertreter der Ärzteschaft entwicklungsbehindert wird.
Devise: Nicht nur freie Fahrt, sondern auch freie Sterbegestaltung für freie Bürger!
Bisher dominieren in den Expertendiskussionen die in den Niederlanden, Belgien und Oregon verrechtlichten und medikalisierten Formierungen[984]: Es werden gesellschaftliche Sonderbereiche, Enklaven, geschaffen, in denen die vorgeschriebenen rechtlichen Sanktionen medizinisch professionell gesteuert außer Kraft gesetzt werden. Die aktive Sterbehilfe wird offiziell nur innerhalb vorgeschriebener Diskurse und ‚Diagnosen' ermöglicht. Einzelne haben sich im Laufe der Geschichte von derartigen Korsetten befreit, doch auf breiter Basis wird dies erst künftigen Generationen ermöglicht, die neue Formen der Normierung und Vernetzung erproben werden.

> „Zu erwarten ist, dass in Zukunft Patientenverfügungen und Vertragsbeziehungen an die Stelle expliziter staatlicher Ver- und Gebote treten“ (Lemke 2007, 108).

Allerdings wird die mit diesem staatlichen und vielleicht auch medizinischen Rückzug verbundene Privatisierung und Ökonomisierung zumindest mittelfristig weltweit wahrscheinlich nur einer kleinen Minderheit von Menschen mehr Selbstbestimmung ermöglichen.

Kultivierung im Netz

Etablierte Wissenschaft, Recht, Polizei, Ethik und Edelmedien stehen in der Regel auf Seiten der paternalistischen und dogmatischen Psychiater. Dadurch kann Opposition und alternative Sichtweise schnell als unmoralisch, gefährlich, unverantwortlich und unwissenschaftlich ent- und exkommuniziert und marginalisiert werden.
Doch im Netz bilden sich wilde Widerstandsgruppen. Dies lässt sich an einer umstrittenen Krankheit verdeutlichen: *Anorexie*[985] (vgl. Miah/ Rich 2010). Die Anorexiewiderstandsgruppen erhalten akademische Unterstützung von ‚postmodernen Feministinnen', die gegen den medizinischen Paternalismus revoltieren. Es ergeben sich schnell gravierende Probleme, wenn

[981] Die genannten Bedenken gelten für fast alle Sterbesituationen, doch sie werden nur bei aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid als Hindernisse für eine Liberalisierung argumentativ eingesetzt.
[982] Durch weitere Regelungen im Straßenverkehr, z.B. Geschwindigkeitsbeschränkungen, Fahrverbote für bestimmte Zonen etc., könnten mehr Lebensjahre gerettet werden und eher die Lebensqualität verbessert werden, als durch Verbot der aktiven Sterbehilfe und Behinderung rationaler Beihilfe zum Suizid (=Förderung irrationaler Beihilfe zum Suizid).
[983] Lebenskontroll- und –schutzzonen sind keineswegs primär nach wissenschaftlichen Kriterien errichtet worden, sondern durch Traditionen, Gruppeninteressen und Zufälle entstanden. Forschungen in diesem Bereich finden kaum statt, da die herrschenden Gruppen an solchen wahrscheinlich peinlichen Ergebnissen nicht interessiert sind.
[984] Diese Liberalisierung wird von Experten unterstützt, um die Kontrolle durch den Staat und andere öffentliche Organe zu verbessern, nicht um die Kultivierung voranzutreiben (z.B. Ogden 2010).
[985] http://www.kjm-online.de/de/pub/themen/pro-anorexie-foren.cfm

durch Gruppendynamik der Netzkommunikation Personen in lebensgefährliche Situationen geraten. Dies kann auch bei Suizidforen der Fall sein. Selbstverständlich werden diese Fälle von der Herrschaftswissenschaft, der die führenden Publikationsorgane zur Verfügung stehen, und dem Feuilleton so ausgewertet, dass möglichst viele entsprechende Netznutzer als unmoralisch und wissenschaftlich randständig erscheinen. Eine differenzierte Evaluation der komplexen gesellschaftlichen Suizid- und Medikalisierungsproblematik wird vermieden.
Suizidkommunikation im Cyberspace ist grundsätzlich als positiv zu kennzeichnen, da in diesem virtuellem Raum Kultivierung ermöglicht wird, die vor allem durch Vorurteilspflege und Psychiatrisierung bisher verhindert wurde. Kultivierung ist nie nur ‚positiv', sondern Teil evolutionärer Prozesse. Allerdings sind die unerwünschten Folgen von Suizidkommunikation im Cyberspace höchstwahrscheinlich harmloser als die Folgen von medizinischer Intervention. Man denke an die vielen nicht dokumentierten Fälle von alten Menschen, die nach ihrem Suizidversuch ‚gerettet' wurden und deren Lebensqualität bis zu ihrem physischen Tod von den meisten behandelnden Ärzten für die eigene Person nicht akzeptiert würde.

Erweiterung der Perspektive 1

Eine Erweiterung der thanatologischen Modelle und Ansätze wurde bereits im Kapitel *Leben* angesprochen. Nur wenige ThanatologInnen erweitern die Perspektive nicht-spekulativ, z.B. Kellehear (2005) mit seinen *Compassionate Cities*[986]. Erweiterungsdimensionierung: vom Sterben zum Leben, von der ‚unmittelbar' gegebenen Gemeinschaft zu *Metagemeinschaften*, von Herrschaft zu kooperativer kultureller Entwicklung.

Gemeinschafts- und Totenkultersatz

Hospiz- und Palliativbewegungen, vor allem in ihrer stark kapitalisierten, medikalisierten und verwissenschaftlichten Version der Palliativmedizin, bieten für die ‚Endphase' teuren Gemeinschaftsersatz an, der in der ‚Idealform' nur für eine wohlhabende Elite realisiert werden kann. Dieser Gemeinschaftsersatz wird im gemeinsamen Interesse mächtiger Institutionen mit symbolischem Edelkapital aufgeladen und evidenzbasiert befestigt. Man könnte es auch als diesseitigen Totenkultersatz bezeichnen, wobei vor allem schwere Demenz und Wachkoma als besonders hochwertige ‚Opfer' gefeiert werden[987]. Dieser Totenkultersatz wird vor allem von Vertretern der organisierten Religion und von geschäftstüchtigen Pflegedienstpropagandisten verherrlicht.

Eine perspektivische Erweiterung führt aus dem Hospiz- und Palliativgettodenken heraus. Vielleicht würde man Menschen eher helfen, wenn, statt der Privilegierung des Medizinsystems, der Gymnasien, der Beamtenschaft, der Agroindustrie, der Konzerne, der Banken und anderer veralteter innovationshemmender Institutionen, das Geld eher in die Lebensverbesserung von unterprivilegierten Kindern und alten Menschen investiert wird, um deren personale und gesellschaftliche Fitness zu fördern (vgl. Roth 2009, 19 ff) – übrigens auch durch Organisationen, in denen diese beiden benachteiligten Gruppen mit Elitegruppen, z.B. Gymnasiasten, Studierenden und Hochkultursüchtigen, zusammengeführt werden.

These 32a: Die überbordende Förderung des medizinischen Systems durch Politik und Ökonomie zielt neben der impliziten Schwächung der Selbstbestimmung auch auf Ablenkung von den Bereichen der herrschaftsgefährdenden Solidarität, nämlich der Stützung der unterprivilegierten Familien, Kinder und alten Menschen.

---

[986] Religiöse Gemeinschaften praktizieren entsprechende Erweiterungen, doch fast immer verbunden mit rigiden und reflexionsbehindernden Normierungen.

[987] Der moderne ‚Totenkult' bezieht sich auf viele psychisch und/ oder sozial (fast) tote Menschen, die in Pflegheimen etc. liegen.

Die Investitionen in Pflege und medizinische Versorgung für Lebens- und Sterbezustände, die die Mehrzahl der Menschen nicht wünschen, sind wahrscheinlich ähnlich zu beurteilen, wie Investitionen in Gefängnisse, teure medizinische Technologien, Sonderschulen und Rehabilitationseinrichtungen. Es wäre „ökonomisch sinnvoller und gesellschaftlich erfolgversprechender, die zugrundeliegenden Ungleichheiten selbst in Angriff zu nehmen" (Wilkinson/ Pickett 2008, 81) als das medizinische System, zu dem auch die Palliativmedizin gehört, und Pflegeeinrichtungen kostensteigernd auszubauen.[988]

> „Die desolate gesellschaftliche Situation bringt überproportional hohe physio-psycho-soziale Belastungen mit sich, die im Verein mit unangemessener Versorgung dazu führen, dass noch höhere, mit zunehmendem Alter auch krankheitsbedingte Belastungen entstehen" (Schnabel 2008, 486).

Finanzkrisen, Teilhabeverlustängste, Vorurteilsstabilisierung, Standardisierung im Bildungsbereich etc. sind herrschaftlich erwünscht, um Untertanengeist und Autoritarismus zu stärken, Reflexion verkümmern zu lassen, etc. Zu dieser ‚strukturellen Strategie' gehört auch eine steigende Belastung durch Krankheits- und Pflegekosten, da dann in einem herrschaftskritischen Bereich, nämlich der frühzeitigen Prävention der gesellschaftsbedingten Benachteiligung, Ressourcen verweigert werden können, ohne allzu starken politischen Widerstand hervorzurufen.

Eine effektive und gerechte Lebens- und Sterbepolitik muss intersektoral ausgerichtet sein und einkommens-, arbeitsmarkts- und bildungspolitische Maßnahmen umfassen (vgl. Marckmann 2006, 214).

Erweiterung der Perspektive 2

Es gibt eine Reihe von Vorhersagen über Lebensverlängerung, kaum welche über Lebensverkürzung, vor allem wird der Zusammenhang von Lebensverlängerung bestimmter Gruppen mit der Lebensverkürzung anderer Gruppen kaum diskutiert. Außerdem wird die öffentliche Diskussion so geführt, als wäre der dabei verwendete Lebensbegriff alternativlos und ‚naturgegeben'.
Die schon seit Jahrzehnten ‚institutionalisierte' und in Zukunft zu erwartende dramatische Verkürzung des Lebens von hunderten Millionen Menschen wird unzureichend erforscht und erschütternd wenig in der menschenrechtssensiblen Weltöffentlichkeit thematisiert. Sie wird kleinen Expertengruppen überlassen, in den Medien muss sich dieses periphere Thema an anerkannte Themen, wie etwa starke Erdbeben oder den Terrorismus, anhängen, um beachtet zu werden: Todesgeschrei und Stiller Tod (vgl. Nussbaumer/ Exenberger 2008). Indikatoren für die Wahrscheinlichkeit von Megalebensverkürzung sind: weiteres Bevölkerungswachstum, globale Erwärmung, Ressourcenmangel, Zerstörung von Lebensgrundlagen (Boden, Wasser etc.), ökonomische Krisen, Rüstung, um nur einige zu nennen (vgl. Schade/ Pimentel 2010). Dagegen ist die Megalebensverlängerung auf breiter Basis äußerst unwahrscheinlich. Wahrscheinlich ist allerdings die Beschleunigung der Lebensverlängerung für kleine privilegierte Gruppen, wobei keine wissenschaftlich seriöse Voraussage des relativen Anteils der Lebensprofiteure an der Weltbevölkerung in 80 oder 200 Jahren möglich ist. Die globale Polarisierung der Lebenserwartung, der Lebensqualität und der Lebenschancen wird höchstwahrscheinlich im 21. Jahrhundert kontinuierlich zunehmen. Die Hinnahme der globalen sozialen Ungleichheit, der gewohnte Lebensstil, die wissenschaftlich-technologische Exzellenz und die Professionalisierung werden also mit millionen- ja milliardenfacher Verletzung von Menschenwürde verbunden sein. Eine grundsätzliche Änderung ist in den kommenden Jahrzehnten nicht zu erwarten, da Marginalisierung, Gettoisierung, Segregation, Bewusstseinssteuerung, Komplexität der Figurationen etc. zivilisierter, marktgerechter, umfassender gesichert und

[988] „In Deutschland haben in den letzten Jahren Einkommensungleichheit und Armut stärker zugenommen als in jedem anderen OECD Land" (Quenzel/ Hurrelmann 2010, 12).

wirksamer sein werden als in Sklavenhaltergesellschaften oder im Nationalsozialismus. Der Titel, den Elias gewählt hatte, „Über die Einsamkeit der Sterbenden“, sollte dann umgeformt werden in „Über die Segregation der Lebenden und Sterbenden“.

These 32b: Lebensexperten der Reichen und Privilegierten arbeiten in Exzellenzclustern an dem großen Projekt der Erzeugung von ‚echten Menschenrassen’[989], der Weiterführung der Vergöttlichung der Herrschenden.

Welzer (2008, 201) gibt zu bedenken, „wie schwach es offensichtlich um die häufig unterstellte Stabilität und Trägheit moderner Gesellschaften in ihren institutionellen Sicherungen und ihrem psychosozialen Binnengefüge bestellt ist.“[990] Doch die Konzepte und Maßnahmen, die kurzsichtige Politiker durchsetzen oder akzeptieren, Anti-Terror-Gesetze, Verhinderung von Emanzipation und Demokratisierung, bürokratische Erzeugung von Stress, Verstärkung der ‚Sicherheitsmaßnahmen’, New Public Management, Abbau des Sozialstaats, Erleichterung der Kapitalakkumulation für Kapitalstarke, Erweiterung des Prekariats etc., sind nicht geeignet, die künftigen Herausforderungen zu bewältigen. Sozialwissenschaftlich begleitete experimentelle Veränderungen von Habitus- und Organisationsformen wären erforderlich, um die lokalen und globalen Leben-Tod-Probleme der Zukunft humaner zu bewältigen, nicht verzopfte, mandarinisierte und ritualisierte Diskussionen um aktive Sterbehilfe, Patientenverfügungen, Stammzellen, Klonen, Präimplantationsdiagnostik[991], Ethik, Enhancement etc.

> „… vonnöten ist eine ganz neue Intoleranz gegenüber der chronischen Verletzung des Menschenrechts auf künftiges Überleben“ (Welzer 2011, 113).

Um Leben und Sterben nachhaltig zu ‚verbessern’, müssten bisher getrennt laufende Diskurse und Praxen vernetzt werden, wobei die folgenden Ziele vorrangig sind:

- Pflege[992] des Lebenssystems Erde.
- Verringerung der sozialen Ungleichheit und der damit verbundenen Lebensminderung auf verschiedenen Ebenen: global, national, regional.
- Öffnung der bürokratisch und ökonomisch verkrusteten Gemeinschaftsbildung[993] und großzügige Förderung kreativer und professioneller Projekte und Programme, vor allem in der Kindheit[994].
- Aufhebung der Institutionalisierung des sozialen Sterbens: Arbeitslosigkeit, Rentenalterzwang etc.

Im Lichte dieser Ziele und Aufgaben sind die meisten in den Wissenschaften und in den Medien geführten gegenwärtigen Lebens- und Sterbediskurse provinziell, pseudouniversalistisch und unkreativ.[995] Medizinethische und thanatologische Diskurse, die sich von den bedeutsamen gesellschaftlichen und globalen Problemen abkoppeln und die Professionalisierung mit einer schwammigen christlich-humanistischen Gemeinschaftsideologie verbrämen, sind für die Meisterung der gegenwärtigen und künftigen Ikarusflüge und Bruchlandungen wenig hilfreich.

Scheinbar widersprüchlich erscheinen die zu erwartenden Veränderungen. Einerseits treten im Bereich Sterben wie in der Arbeitswelt Tendenzen der Deregulierung und Autonomisierung

[989] Damit ist nicht gemeint, dass das ‚Projektziel’ die Anerkennung des Produkts durch die Mehrzahl der Biologen anstrebt oder anstreben wird. Die Aussage soll nur als grober Hinweis dienen.

[990] Allerdings sind die Begriffe „Stabilität“ und „Trägheit“ schwammig, d.h. die dahinterstehenden funktionalistischen Annahmen sind labil.

[991] Die politischen Diskurse zur Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und anderen Ländern können mit den öffentlichen Sexualitätsdiskursen im 19. Jahrhundert strukturell verglichen werden.

[992] Das Wort „Pflege“ wird im Alltag vielfältig verwendet. Kritisch beobachtet werden sollten Versuche, das Konstrukt „Pflege“ zu monopolisieren und eine professionell eingeschränkte Bedeutung durchzusetzen.

[993] In den Systemen Staat/ Politik, Recht, Bildung und Gesundheit herrschen dysfunktionale Organisationsformen, die schrittweise optimiert und demokratisiert werden sollten (vgl. zu Bildung Feldmann 2008c).

[994] In anderen Kulturen stießen Konzeptionen der Verbindung des Beginns und des Endes des sozialen Lebens auf weniger Erstaunen als in der modernen Gesellschaft.

[995] Interkulturelle und kontextspezifische Faktoren werden von den Pseudouniversalisten vernachlässigt.

auf. Andererseits erkennen gebildete Menschen, dass eine nachhaltige gesellschaftliche Steuerung der Lebensbedingungen notwendig ist. Nachhaltig bedeutet, dass die langfristige Entwicklung des Gesamtökosystems Erde und der globalen Lebensgrundlagen in Planen und Handeln hohe Priorität erlangt.
Verschiedene Lebensschutz- und –wertfragen werden unter dieser Perspektive anders gestellt und es kommen alternative Problemlösungen ins Blickfeld. Doch die offiziellen biothanatologischen Diskurse werden bisher erfolgreich gegenüber Relevanzreflexion und kritischer Wissenschaft abgeschottet.

Eine moderne experimentelle Kultivierung wird zwar nicht mehr alte aus feudaler oder bürgerlicher Zeit oder aus anderen Kulturen stammende Vorstellungen, Konzepte, Rituale und Habitusformen in Paketen übernehmen, doch alle Kultivierungsweisen sind Teile des modernen Baukastens. Aber die idealtypischen Metakonzepte[996] richten sich nach neuen Erkenntnissen und soziomentalen, ökonomischen und politischen Lagen. Die Metakonzepte entstehen als dynamische, nicht konsistente, experimentelle, emergente Produkte inter- und transdisziplinärer und interkultureller Netzwerkarbeit. Sie benötigen und sie ermöglichen neue Arbeitsformen.

Wissenschafts- und herrschaftsmethodische und *-methodologische* Hinweise: Bisher ist es in hochentwickelten Gesellschaften nicht die Regel, dass zumindest der interessierte Teil der Bevölkerung über die Evaluation von wichtigen gesellschaftlichen Prozessen, z.B. Lebensqualität, -schutz, -zufriedenheit, Sterbequalität etc., kontinuierlich und qualitativ hochwertig informiert wird. Die derzeitigen Herrschafts- und Organisationsverhältnisse in den Institutionen Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Bildung, Medien und Religion behindern auch in den hochentwickelten Demokratien solche Maßnahmen.

Nachüberlegungen

Die Nachüberlegungen, die von nüchternen und spekulationsfeindlichen Lesern vernachlässigt werden sollten, betreffen die innenweltliche Zuspitzung, die in den Autor bei seinem inzwischen Jahre langem Basteln an diesem Text gefahren ist.
Nochmals werden kurz einige Hintergrundsannahmen referiert: Lebensminderung und Töten sind unvermeidlich, sie sind Aspekte des Alltagshandelns, der Kommunikation und Interaktion auf allen Ebenen. Folglich sollten Lebensminderung und Töten zivilisiert und kultiviert werden. Dies geschieht auch in vielfältiger Weise. Doch die gesellschaftlichen Verhältnisse haben sich geändert und somit sollten auch die Weisen der Zivilisierung und Kultivierung reflektiert und variiert werden. Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe, die gesellschaftlich und wissenschaftlich beobachtet und – wenn es für notwendig erachtet wird – rechtlich kontrolliert werden, bieten gute Möglichkeiten, Kultivierung des Sterbens und Tötens zu lernen und zu praktizieren (vgl. Norwood 2009). Man denke an die mangelhafte Kultivierung des Tötens bei vielen Entscheidungen der politischen und wirtschaftlichen Eliten der EU, der USA und anderer Staaten (vgl. z.B. Pogge 2010; Feyder 2010; Chomsky). Statt Sonntagsreden und Betroffenheitsdiskurse, die das Geschehen in den unterschiedlichen Systemen verschleiern, sind kontroverse Lernprozesse und Experimente erforderlich, die in den meisten Staaten durch herrschende politische, religiöse, medizinische und juristische Gruppen und Organisationen verhindert werden.

[996] Metakonzepte: Theorien, Modelle, Konstrukte, Skripte, normative Ordnungen etc., die multiparadigmatisch, mehrperspektivisch, netzwerkorientiert, diversitätsorientiert, antihierarchisch und individualisierend entwickelt werden.

Zugespitzte Prozessthese 33: Die Kämpfe[997] *um Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe und um das „Tötungsverbot" sind mit der globalen Inhumanität und Lebensunkultur*[998] *verflochten und zwar nicht in der Weise, wie einige Funktionäre, Theologen, Juristen und Wissenschaftler mit normativem Überhang hochkultiviert und gelehrt implizit (?!) konstruieren, nämlich dass die Lebenschancenminderungen und Menschenverletzungen*[999] *(vor allem die globale Schande*[1000]*) durch den „Dammbruch" sich ausweiten würden, sondern dass sie durch den „Damm"*[1001] *und die Diskurse, die ihn ‚benötigen', gestützt werden.*[1002]

Allerdings sollte man diese Prozessthese mit einer anderen wohl von vielen anerkannten Annahme kombinieren: Die globale Inhumanität und Lebensunkultur wird durch die ökonomisch und politisch gegebenen vernetzten Herrschaftsverhältnisse in ALLEN (?) Staaten und Großorganisationen hergestellt und erhalten. Als Verbindungsglied zu der erstgenannten Prozessthese sollte auch noch folgende Annahme hinzugenommen werden: Die Herrschaftsverhältnisse sind mit den edelsten Elementen der westlichen Kultur amalgamiert: Wissenschaft, Kunst, Bildung, Recht und Religion sind vielleicht Überbau, auch teilautonome Subsysteme, aber eben auch Machtfelder (Bourdieu, Foucault) und unvermeidliche Diskurselemente. Die real in der Öffentlichkeit auftretenden abendländischen und sonstigen Werteträger[1003] sind folglich rein und befleckt, je nach Perspektive. Ökonomisches, soziales, kulturelles und symbolisches Kapital sind verflochten (vgl. Krysmanski 2009).

Man kann das durch die moderne Gesellschafts- und Wirtschaftsformierung gestützte pseudouniversalistische Zelebrieren einer idealen Lebens- und Sterbeordnung in den Rahmen globaler Schauspiele stellen: Klimagipfel, Unoresolutionen, Ethikkommissionen, Rechts- und Vertragsdschungel, thanatologische Events, Lebensschutzmanifeste und viele andere Interventionen, Würden- und Kapitalträgerauftritte und Edelverbalisierungen dienen auch der Abschiebung und immunisierenden Trübung der lebens- und konsumweltstörenden Thematisierung der Basisprobleme (vgl. Feldmann 2010b).[1004]

Herrschafts- und wissenschaftssoziologische Nachbemerkungen

These 34: *Wer Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe nicht nur in den Krankheits- und Verbrechenskontext stellt, sondern als Kultivierungschance proklamiert, wird von den Wächtern als abweichend und pseudowissenschaftlich argumentierend stigmatisiert, denn diese in professionellen Feldern hergestellten Diskurse und Kategorien des Abnormen sind Teile der doxa, dürfen nicht reflektiert und bezüglich ihrer gruppen- und klassenspezifischen Funktionalität nicht geprüft werden.*

---

[997] Kämpfe: Da auf mehreren Ebenen, in Institutionen, Wissenschaftsdisziplinen, politischen, sozialen und religiösen Gruppen, mit sehr unterschiedlichen „Waffen" gekämpft wird, erschließen sich die Schlachtfelder nur für kompetente Beobachter.

[998] Lebensunkultur: Mangelhafte Kultivierung des globalen menschlichen und nichtmenschlichen Lebens. Der Autor fordert zu Begriffsverschönerung auf.

[999] Menschenverletzungen sind bedeutsamer als Menschenrechtsverletzungen (!?). Sowohl die Berichterstattung als auch die Berichterstattungsliteralität sind mangelhaft entwickelt.

[1000] „Globale Schande": Derartige affektgeladene Begriffe werden von den kühlen jungen Gebildeten und ihren MeinungsführerInnen als veraltet, romantisierend, muffig, ohnmachtszeigend etc. abgewertet. Sie zu verwenden, ist folglich riskant, wenn man von den Hochzuchtmenschen anerkannt werden will.

[1001] „Damm" = Herrschaftliches Beharren auf dem für alle verbindlich gesetzten dogmatischen Sterbe- und Tötungsdiskurs und dem daraus folgenden Kultivierungsverbot. Dieser „Damm" hat die Funktionen, die Sicht auf die globalen Lebensminderungsaktionen der Hochzivilisierten zu versperren und eine ‚Schuldentlastung' für die Manager dieser Aktionen zu bewirken.

[1002] Ein kleiner Hinweis: Rührender Lebensschutz „im Inneren" ist mit rücksichtslosen Lebensunschutz „im Äußeren" verbunden, wobei Inklusion und Exklusion zunehmend dynamisch, flexibel, herrschaftsstabilisierend und kapitalkonzentrierend funktionieren. Vgl. zu einer psychologischen Erklärung: http://www.heise.de/tp/blogs/3/147263.

[1003] Es sind auch die Träger epistemischer Werte einbezogen.

[1004] Dies sollte nicht als linke oder rechte Kulturkritik gelesen werden, sondern als Diskursreflexion und Denkanregung, auch als ‚Aztekenargument'. Die Azteken wurden auch deshalb von den spanischen Gangstern niedergemacht, weil sie ihre Werte, ihre Leitkultur und ihre Biothanatodiskurse mangelhaft reflektierten.

Grob vereinfacht kann man in der deutschsprachigen Sterbeöffentlichkeit (der die schweigende Mehrheit der Bevölkerung gegenübersteht) eine Mehrheits- und eine Minderheitsfraktion identifizieren. Zur Minderheitsfraktion gehören Personen, Gruppen und Organisationen, die für eine Liberalisierung bzw. Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid eintreten, z.B. die DGHS. Die Minderheitsfraktion im öffentlichen Sterbefeld wird von den meisten Sprechern der Mehrheitsfraktion als „schlecht" und „das kulturelle Gleichgewicht gefährdend" dargestellt. Die Sprecher der Minderheitsfraktion agieren in der Öffentlichkeit häufig defensiv, z.B. fordern sie eine Zusatzbestimmung zum § 216 StGB (Tötung auf Verlangen), so dass eine ähnliche Regelung wie in den Niederlanden oder Belgien möglich wäre, oder sie fordern eine weniger rigide Standesethik, die es manchen Ärzten ohne Sanktionen gestatten würde, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Überlegungen zur Kultivierung des selbstbestimmten Sterbens als Alternative oder Ergänzung zur Hospiz- und Palliativkultur sind auch bei Sprechern der Minderheitsfraktion nur selten zu finden.

Bourdieu (2007) schreibt wohl zu Recht, dass einem Feld nur angehört, wer Wirkungen in dem Feld entfaltet. Dieser Text über Sterben und Tod, in dem viele heilige Kühe schlecht behandelt werden, wird von den wichtigen Spielern des Feldes ignoriert (werden), da sie nicht wünschen (dürfen), dass er Wirkungen entfaltet. Würden sie ihn heftig kritisieren, dann könnte er Wirkung entfalten. Allerdings sollte man Verständnis für die Ignoranz der ThanatologInnen und Sterbefunktionäre haben. Sie sind von mächtigen konservativen politischen, religiösen und ökonomischen Gruppen abhängig. Außerdem betreiben die meisten das brisante Todesspiel nur nebenamtlich.
Kritik an abweichenden Feldspielern wird in der Öffentlichkeit meist nur geübt, wenn diese bereits Wirkungen entfalten, bzw. wenn die Kritisierenden hoffen, dass sie in der Zukunft zu erwartende Konkurrenten rechtzeitig bremsen könnten und gleichzeitig ihre eigenen Aufmerksamkeitspunkte vermehren. Häufig wird auch so getan, als würden abweichende Feldspieler gar nicht zum Feld gehören. Für den Ausschluss von Mitspielern gilt die einfache Regel: Mir ist jeder recht!
Diese Exklusionsphilie ist übrigens neben Organisationsmängeln und anderen Schwächen auch ein Grund, weshalb ThanatologInnen großer reicher Nationen oder Sprachräume meist fremdsprachige Literatur ignorieren. Sie halten sich an die Regel, dass man möglichst keine weiteren Spieler ins Feld lassen sollte. Im deutschen Sprachraum wird fast nur die englischsprachige Literatur – und auch diese nach nicht explizierten Kriterien selektiert – berücksichtigt.[1005]

Ein dritter Aspekt, der schon im Text angesprochen wurde, betrifft die unzureichende biothanatologische Forschung in EU-Staaten. Die Personen und Gruppen, die Drittmittelprojekte in diesem Bereich bewilligt erhalten, verhalten sich verständlicherweise konformistisch. Auch wenn sie nur Peripherprobleme und –fragen untersuchen (dürfen), sind sie froh, dass sie an die Futtertröge herangelassen wurden. Die *heimlichen Paradigmen* und die diskurs- und forschungsleitenden Rahmensetzungen der Biothanatologie werden in der scientific community kaum und in der hochkulturellen Öffentlichkeit überhaupt nicht diskutiert.[1006]

[1005] Im angelsächsischen Bereich wirkt sich die Sprachindolenz bzw. der Sprachchauvinismus nicht so ungünstig aus wie im französischen, weil das Angebot vielfältiger und pluralistischer ist.
[1006] „The time is long overdue for the implementation of a radically new approach, one preceded by public deliberation that transcends disciplinary and factional boundaries, brings unexamined assumptions to light, seeks to drastically reduce inequalities and, at the same time, attends studiously to local voices and local contingencies, biological and social" (Lock/ Nguyen 2010, 364).

Satyrspielerisches Schlusswort

Das Feuilleton-Skandalon geist-schäumender Übermenschenzucht oder die westmoralische bzw. postmoderne Auspeitschung von Kapitalismusvogelscheuchen nach Finanzkrisen werden von Bildungsbürgern eher genossen als unappetitliche und für Hochkulturevents, Technologiekulte und symbolisches Rhetorikkapital ungeeignete Chimären von kultiviertem Suizid, reflexiver Tötung, komplexen mentalen Strukturen, Demenzaskese, Bürokratismus, dogmatischer Wissenschaft, Lebensqualitätsverbesserungen von Untermenschen und Sterben von Ökosystemen.

Literatur

Adorno, Th. W. 1992. Jargon der Eigentlichkeit. Zur deutschen Ideologie. Neuaufl. Frankfurt/M., Suhrkamp.

Agamben, G. 2002. Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben. Frankfurt/M., Suhrkamp.

Ahrens, J. 2004. Selbstmord als Disziplin. Émile Durkheim und die Erfindung der Soziologie. In: Kappert/ Gerisch/ Fiedler, 19-37.

Aiken, L.R. 2001. Dying, death, and bereavement. 4.ed. Mahwah, NJ, Erlbaum.

Akechi T et al. 2001. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? Psychosomatics 42:141–145.

Altenhöfer, A. 2007. Suizidalität im höheren Lebensalter. Suizidprophylaxe 34, 146-154.

Aminoff, B.Z./ Adunsky, A. 2004. Dying dementia patients: Too much suffering, too little palliation. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 19, 4, 243-247.

Amnéus, D. 2011. Insufficient legal protection and access to justice for post-conflict sexual violence. Development Dialogue 55, 67-90.

Anspach, R. 1993. Deciding who lives; fateful choices in an intensive-care nursery. Berkeley, Univ. of Calif. Press.

Anspach, R.R./ Halpern, S.A. 2008. From Cruzan to Schiavo; how bioethics entered the "culture wars". In: Rothman/ Armstrong/ Tiger (eds.), 33-64.

Appel, J.M. 2007. A Suicide Right for the Mentally Ill? A Swiss Case Opens a New Debate. Hastings Center Report 37, no. 3, 21-23.

Arbore, P. et al. 2006. Suffering and the caring professional. In: Katz, R.S./ Johnson, T.A. (eds.), When professionals weep. Emotional and countertransfering responses in end-of-life care. New York, Routledge,13-26.

Arnold, N. 2004. Hospizdienste - Sterbebegleitung als Lebenshilfe. In: Beckmann, R. et al. (Hg.), Sterben in Würde. Krefeld, SINUS, 29-42.

Arnold, U.C. 2012. Ärztlich assistierter Suizid – Theorie und Praxis. In: Neumann, G. (Hg.), Suizidhilfe als Herausforderung. Aschaffenburg, Alibri, 22-47.

Aronowitz, R.A. 2010. Die Vermengung von Risiko- und Krankheitserfahrung. In: Lengwiler, M./ Madarász, J. (Hg.), Das präventive Selbst. Bielefeld, transcript, 355-384.

Ashby. M. 2001. Causation and death. In: Howarth, G./ Leaman, O. (eds.), Encyclopedia of death and dying. London, Routledge, 80-81.

Ashby, M. 2009. The dying human: a perspective from palliative medicine. In: Kellehear, A. (ed.), The study of dying. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 76-98.

Assmann, J. 2007. Die Lebenden und die Toten. In: Assmann, J./ Maciejewski, F./ Michaels, A. (Hg.), Der Abschied von den Toten. Göttingen.

Association of Northern California Oncologists. 2007. Position Statement on Physician-Assisted Suicide and Opposition to AB 374. http://www.oucom.ohiou.edu/hpf/pdf/Physician%20Assisted%20Suicide%20articles.pdf.

Auernheimer, G. 2008. Lehrer-Schüler-Interaktion im Einwanderungsland. In: Schweer, M.K.W. (Hg.), Lehrer-Schüler-Interaktion : Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge. 2. Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 455-478.

Backes, G. M. et al. 2006. Gendered Life Course and Ageing – Implications on "Lebenslagen" of Ageing Women and Men. In: Backes, G. M.; Lasch, V.; Reimann, K. (Eds.), Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges. Wiesbaden, VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 29-56.

Baechler, J. 1981. Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord. München, Ullstein.

Ball, J. 2012, The making of a neoliberal academic. Research in Secondary Teacher Education, 2, 1, 29–31.

Ballenger, J.F. 2006. The biomedical deconstruction of senility and the persistent stigmatization of old age in the United States. In: In: Leibing, A./ Cohen, L. (eds.) Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility. London, Rutgers Univ. Press, 106-120.
Baltes, P.B. 2006. Alter(n) als Balanceakte im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde. In: Nationaler Ethikrat (Hg.), Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Berlin, 83-101.
Barraclough, B./Hughes, J. 1987. Suicide: clinical and epidemiological studies. London, Croom Helm.
Bartalos, M.K. (ed.) 2009. Speaking of death. America's new sense of mortality. Westport, Praeger.
Barth, L. 2007. Sterbehilfe. In dubio pro libertate. http://www.iqb-info.de/Sterbehilfe_Beitraege_Lutz_Barth.pdf
Barth, L. 2009. „Ethikfürsten" im 21. Jahrhundert: zweiter Akt: Furcht und Schrecken vor der „Medizinethik" (!?) oder Wie viel „Recht" verträgt die „Medizinethik" und umgekehrt? http://www.iqb-info.de/Ethikfuersten_im_21_Jahrhundert_Barth_2009.pdf.
Barth, L. 2012. Das Verbot der ‚ärztlichen Suizidassistenz'. Eine verfassungsrechtliche Problemorientierung. Berlin, DGHS.
Bartlett, R./ O'Connor, D. 2010. Broadening the dementia debate. Towards social citizenship. Bristol, Policy.
Battin, M.P. 1982. Ethical issues in suicide. Englewood Cliffs.
Battin, M.P. et al. 2007. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in ''vulnerable'' groups. J Med Ethics 33:591–597.
Battin, M.P. 2008. Safe, legal, rare? Physician-assisted suicide and cultural change in the future. In: Birnbacher/ Dahl (eds.), 37-48.
Bauch, J. 1996. Gesundheit als sozialer Code:. Weinheim, Juventa.
Baudelot, C./ Establet, R. 2008. Suicide. The hidden side of modernity. Cambridge, Polity.
Baudrillard, J. 1982. Der symbolische Tausch und der Tod. München.
Bauer, A.W. 2009. „Kommerzialisierung" der Sterbehilfe. Universitas 64, Nr. 756, 555-563.
Bauer, A. W. 2015. Notausgang assistierter Suizid? In: Hoffmann, T.S./ Knaup, M. (Hg.), Was heißt: In Würde sterben? Wiesbaden, Springer, 49-78.
Bauer, U. / Bittlingmayer, U. H. / Richter, M. (Hrsg.) 2008. Health inequalities. Wiesbaden. VS Verlag.
Bauman, Z. 1994. Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien. Frankfurt/M , Fischer.
Bauman, Z. 2006. Liquid fear. Cambridge, Polity.
Baumann, A. et al. 2011. The ethical and legal aspects of palliative sedation in severely brain-injured patients: a French perspective. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 6:4, 1-6.
Baumann, U. 2001. Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar, Böhlau.
Bayatrizi, Z. 2008. Life sentences. The modern ordering of mortality. Toronto, Univ. of Toronto Press.
Bayatrizi, Z. 2010a. Book Review: Marsh, Suicide. Can. J. Sociol. 35, 648-651.
Bayatrizi, Z. 2010b. Book Review: Weaver, A Sadly Troubled History. Can. J. Sociol. 35, 169-172.
Beard, R.L./ Knauss, J./ Moyer, D. 2009. Managing disability and enjoying life: How we reframe dementia through personal narratives. J. Aging Studies 23, 227-235.
Beck, U. 2008. Der eigene Gott. Von der Friedensfähigkeit und dem Gewaltpotential der Religionen. Frankft., Verlag der Weltreligionen.
Beck, U./ Bonß, W. 2001. Modernisierung der Moderne. Frankfurt/M.
Becker, U./ Feldmann, K./ Johannsen, F. (Hg.) 1998. Sterben und Tod in Europa. Neukirchen, Neukirchener Verlag.
Beckmann, R. 2010. Sterben in Würde. Grundsätzliche juristische Fragestellungen. In: Müller, S.E./ Beckmann, R. (Hg.), Menschenwürdig sterben – aber wie? Berlin, LIT, 9-34.
Behuniak, S.M. 2010. Toward a political model of dementia: Power as compassionate care. J. Aging Studies 24, 231-240.
Behuniak, S.M. 2011. The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies. Ageing & Society 31, 70–92.
Beier, K. 2009. Zwischen Beharren und Umdenken. Die Herausforderung des politischen Liberalismus durch die moderne Biomedizin. Frankft., Campus.
Bell, E./ Taylor, S. 2011. Beyond letting go and moving on: New perspectives on organizational death, loss and grief. Scandinavian Journal of Management 27, 1—10.
Bendle, M. 2001. The contemporary episteme of death. Cultural Values 5, 13, 349-367.
Benkel, T. mit einem Beitrag von M. Meitzler. 2012. Die Verwaltung des Todes. Annäherungen an eine Soziologie des Friedhofs. Berlin, Logos.
Benner, S.R. 2010. Soul Murder, Social Death, and Humiliation: Consequences of State-sponsored Rape. The New York Sociologist, Vol. 4, March.
Berghmans, R. et al. 2009. Alzheimer's disease and life termination: the Dutch debate. Bioethica Forum 2, 33-34.
Bernheim, J.L. et al. 2008. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? BMJ 336, 864-867.
Bernheim, J.L./ Mullie, A. 2010. Euthanasia and palliative care in Belgium: legitimate concerns and unsubstantiated grievances. J. Palliative Medicine 13, 798-799.

Birnbacher, D. 2004. Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland. http://fowid.de/fileadmin/textarchiv/Birnbacher_Dieter/Sterbehilfe_NL_und_D_TA2004_4.pdf
Birnbacher, D. 2005. Sterbehilfe - eine philosophische Sicht. http://fowid.de/fileadmin/textarchiv/Sterbehilfe_-_Philosophische_Sicht__Dieter_Birnbacher___TA-2005-10.pdf
Birnbacher, D. 2006a. Natürlichkeit. Berlin, de Gruyter.
Birnbacher, D. 2006b. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik. Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11, 7-19.
Birnbacher, D. 2008. Posthumanity, Transhumanism and Human Nature. In: Gordijn, B./Chadwick, R. (eds.) Medical Enhancement and Posthumanity. Berlin, Springer, 95-106.
Birnbacher, D./ Dahl, E. (eds.) 2008. Giving death a helping hand. Physician-assisted suicide and public policy. Berlin, Springer.
Blank, R.H. 2011. End-of-Life Decision Making across Cultures. J. Law, Medicine & Ethics 39, 201-214.
Bleek, J. 2012. Ist die Beihilfe zum Suizid auf der Grundlage des Wunsches, anderen nicht zur Last zu fallen, ethisch gerechtfertigt? Ethik Med 24:193–205.
Böhme, H. 2001. Von Affen und Menschen: Zur Urgeschichte des Mordes. In: Matejovski, D. / Kamper, D. / Weniger, G.-C. (Hg.), Mythos Neanderthal. Ursprung und Zeitenwende. Frankfurt, 69-86.
Böhnke, P. 2009. Abwärtsmobilität und ihre Folgen. Die Entwicklung von Wohlbefinden und Partizipation nach Verarmung. Berlin, WZB.
Boer, T. A. 2011. Euthanasia in a Welfare State: Experiences from the Review Procedure in the Netherlands. Philosophy Study 2, 1, 51-63.
Börner, U. 2006. Praxis der Patientenverfügung – eine Perspektive aus der Intensivmedizin. In: Nationaler Ethikrat. Tagungsdokumentationen. Wie wir sterben/ Selbstbestimmung am Lebensende. Berlin, 187-194.
Böttger, A. 2000. Wer entscheidet über das Ende des Lebens? Empirische Ergebnisse über die Einstellung zur Sterbehilfe – Arbeitsgruppe „Sterbehilfe und Gesellschaft". Pflegepädagogik 5, 106-120.
Böttger-Kessler, G./Beine, K.H. 2007. Aktive Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma? Nervenarzt 78, 802–808.
Bogner, A. 2009. Ethisierung und die Marginalisierung der Ethik. Zur Mikropolitik des Wissens in Ethikräten. Soziale Welt 60, 119-137.
Bojack, B./ Akli, H. (Hg.) 2005. Die Tötung eines Menschen. Frankfurt, Verlag f. Polizeiwissenschaft.
Boldt, J. 2008. Die Ökonomie als Grundlage für die Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin. In: Junginger et al. (Hg.), 104-111.
Bolz, N. 1997. Die Sinngesellschaft. Düsseldorf, Econ.
Borasio, G.D. 2008. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), 19-31.
Borasio, G.D. 2009. Stellungnahme zu den Gesetzentwürfen zur Patientenverfügung. http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/090304%20Stellungnahme%20Borasio.pdf.
Borasio, G.D. 2011. Über das Sterben. München, Beck.
Borasio, G. D. 2014. Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können, München.
Bormann, F.-J. 2012. Ist die Vorstellung eines *‚natürlichen Todes'* noch zeitgemäß? Moraltheologische Überlegungen zu einem umstrittenen Begriff. In: Bormann F.-J. / Borasio G. D. (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/New York: de Gruyter, 325-350.
Bosshard, G. 2008. Sterbehelfer – eine neue Rolle für Europas Ärzteschaft? Schweizerische Ärztezeitung 89, 28/29, 406-410.
Bosshard, G./ Materstvedt, L.J. 2011. Medical and societal issues in euthanasia and assisted suicide. In: ten Have, H./ Meslin, E.M. / Chadwick, R. (eds.), The SAGE handbook of health care ethics. London, Sage, 202-218.
Boston, B. et al. 2011. Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. J. Pain and Symptom Management 41, 604-618.
Bourdieu, P. 1997a. Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft. Frankft., Suhrkamp.
Bourdieu. P. 1997b. Die männliche Herrschaft. In: Dölling, I./Krais, B. (Hg.), Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis. Frankfurt a. M., 153–217.
Bourdieu, P. 1997c. Der Tote packt den Lebenden. Schriften zur Politik & Kultur 2. Hamburg, VSA.
Bourdieu, P. 2005. Die männliche Herrschaft. Frankfurt a. M.
Bourdieu, P. 2007. The field of cultural production or the economic world reversed (1993). In: Calhoun, G. et al. (eds.), Contemporary sociological theory. 2. ed. Oxford, Blackwell, 290-308.
Bourdieu, P. 2011. Kunst und Kultur. Zur Ökonomie symbolischer Güter. Schriften zur Kultursoziologie 4. Konstanz, UVK.
Bradbury, M. 1999. Representations of death. A social psychological perspective. London, Routledge.
Braidotti, R. 2009. Zur Transposition des Lebens im Zeitalter des genetischen Biokapitalismus. In : Weiß (Hg.), 108-135.
Brandes, M. 2011. Wie wir sterben: Chancen und Grenzen einer Versöhnung mit dem Tod. Wiesbaden, VS Verlag.

Braun, J. 2007. Einführung in die Rechtswissenschaft. 3. Aufl. Tübingen, Mohr.
Braun, K. et al. 2008. Die Sprache der Ethik und die Politik des richtigen Sprechens. Ethikregime in Deutschland, Frankreich und Großbritannien. In: Mayntz R. et al. (Hg.), Wissensproduktion und Wissenstransfer, Bielefeld, transcript, 221-242.
Breitbart W, et al. 2000. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. Journal of the American Medical Association 284: 2907–2911.
Brenner, A. 2007. Leben. Eine philosophische Untersuchung. Bern. http://www.ekah.admin.ch/uploads/media/d-Beitrag-Leben-2007.pdf
Breyer, F. et al. 2006. Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste vermeidbar? Berlin, Springer.
Bridges, J./ Nugus, P. 2010. Dignity and significance in urgent care: older people's experiences. Journal of Research in Nursing 15: 43-53.
Bringewat, P. 1976. Unbeachtlicher Selbsttötungswille und ernstliches Tötungsverlangen – ein Widerspruch? In: Eser, A. (Hg.), Suizid und Euthanasie. Stuttgart, Enke, 368-377.
Brock, D.W. 1992. Voluntary active euthanasia. The Hastings Center Report 22, 2, 10-22.
Bröckling, U./ Schöning, M. 2004. Disziplinen des Lebens? In: Bröckling, U. et al. (Hg.), Disziplinen des Lebens. Tübingen, Narr, 9-19.
Bronisch, T. 2007. Der Suizid. 5. überarb. Aufl., München, Beck.
Broom, A. 2012. On Euthanasia, Resistance, and Redemption: The Moralities and Politics of a Hospice. Qual Health Res 22: 226-237.
Broom, A./ Cavenagh, J. 2011. On the meanings and experiences of living and dying in an Australian hospice. Health 15, 96-111.
Broome, J. 2004. Weighing lives. Oxford. Oxford Univ. Press.
Broome, J. 2008. What is your life worth? Daedalus 137, 1, 49-56.
Brüggen, S. 2005. Letzte Ratschläge. Der Tod als Problem für Soziologie, Ratgeberliteratur und Expertenwissen. Wiesbaden, VS Verlag.
Bruno, M.-A./ Ledoux, D./ Laureys, S. 2010. The dying human: a perspective from biomedicine. In: Kellehear, A. (ed.), The study of dying. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 51-75.
Bruns, F. and Hohendorf, G. 2015. Contra organisierte Suizidbeihilfe. Ethik in der Medizin 27, 167-170.
Brysch, E. 2011. http://www.hospize.de/servicepresse/2011/mitteilung426.html
Bude, H./ Willisch, H. (Hg.) 2008. Exklusion. Die Debatte über die „Überflüssigen". Frankfurt, Suhrkamp.
Buiting, H.M. 2012. Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in The Netherlands: 2001–2009. J Med Ethics. 38, 267-273.
Burkhart, D. 2006. Eine Geschichte der Ehre. Darmstadt, WBG.
Butler, J. 1990. Gender trouble: feminism and the subversion of identity. London, Routledge.
Butterwegge, C. 2008. Kritik des Neoliberalismus. 2. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag.
Cacho, L. 2011. Sklaverei : im Inneren des Milliardengeschäfts Menschenhandel. Frankfurt am Main, Fischer.
Calnan, M./ Badcott, D./ Woolhead, G. 2006. Dignity under threat? A study of the experiences of older people in the United Kingdom. International Journal of Health Services, 36, 355-375.
Card, C. 2007. Genocide and social death. In: Card, C./ Marsoobian, A.T. (eds.), Genocide's aftermath: responsibility and repair. Oxford, Blackwell, 10-26.
Carrick, P. 1999. Deep ecology and end-of-life care. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 8, 107-117, 250-256.
Case, T.I./ Williams, K.D. 2004. Ostracism: a metaphor for death. In: Greenberg J., Koole SL, Pyszczynski T.(eds.), Handbook of experimental existential psychology. New York, Guilford Press, 336-351.
Castra, M. 2003. Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs. Paris, Presses Univ. de France.
Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. 2003. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine, 33(3), 395-405.
Chabot, G.E./ Goedhart, A. 2009. A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. Soc. Science & Med. 68, 1745-1761.
Chambaere, K. et al. 2012. Age-based disparities in end-of-life decisions in Belgium: a population-based death certificate survey. BMC Public Health 2012, 12:447. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/447.
Chambers, S. 2011. The Illusion of the "Slippery Slope": How Religion and Culture Shape Canadian Doctors' Attitudes toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Ottawa J Religion 3, 61-86.
Charmaz, K. 1983. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of Health and Illness 5, 168-191.
Cherny, N. 2010. Taxonomy of Distress: Including Spiritual Suffering and Demoralization. Journal of Supportive Oncology 8, 13-14.
Chochinov HM, et al. 1998. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics 19: 366–370.
Chochinov, H. M. 2006. Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. CA Cancer J Clin 56, 84-103.
Chomsky, N. 2000. Profit over people. Neoliberalismus und globale Weltordnung. Hamburg, Europa V.

Chu, J.P. et al. 2010. The cultural theory and model of suicide. Applied and Preventive Psychology 14, 25– 40.
Chwastiak, M. 2007. War, Incorporated: Private, Unaccountable and Profitable. University of New Mexico. http://merlin.mngt.waikato.ac.nz/ejrot/Vol_10_cms2007specialedition/chwastiak.pdf
Cibis, A. A. Bramesfeld, A. Blume, I. Havers, U. Hegerl 2008. Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter. Das Deutsche Bündnis gegen Depression. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 4, 430-435.
Cicirelli, V. G. 1998. Views of elderly people concerning end of life decisions. Journal of Applied Gerontology 17(2), 186-203.
Clark, D. 2002. Between hope and acceptance: the medicalization of dying. BMJ 324, 905-907.
Clavandier, G. 2009. Sociologie de la mort. Paris, Armand Colin.
Coenen, C. / Gammel, S. / Heil, R. / Woyke, A. (Hg.) 2010. Die Debatte über »Human Enhancement«. Bielefeld: transcript.
Cohen, J. et al. 2006. European public acceptance of euthanasia. Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. Soc. Science a. Medicine 63, 743-756.
Cohen J. et al. et al. 2008. Population-based study of dying in hospital in six European countries. Palliative Medicine, 22, 702-10.
Cohen J. et al. et al. 2010. Which cancer patients die at home? A study of six European countries using death certificate data. Journal of Clinical Oncology 28, 2267-73.
Cohen, L. M. 1998. Suicide, hastening death, and psychiatry. Archives of Internal Medicine, 158(18), 1973–1976.
Conrad, P. 2007. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore, The Johns Hopkins Univ. Press.
Conwell, Y./ Van Orden, K./ Caine, E.D. 2011. Suicide in Older Adults. Psychiatr Clin North Am., June; 34(2): 451–468.
Cooley, D.R. 2009. Kantian Obligatory Suicide: Further Developments. In: Cooley, D.R./ Steffen, L. (eds.), Re-Imaging Death and Dying. Proceedings of the Sixth Annual Conference on Death and Dying, Inter-Disciplinary Press, Oxford, 247-255.
Cording, C./ Saß, H. 2009. Begutachtung der „freien Willensbestimmung“ bei Suizid in der Lebensversicherung. Der Nervenarzt 80, 9, 1070-1077.
Costello, J. 2006. Dying well: nurses' experiences of ‘good and bad’ deaths in hospital. Journal of Advanced Nursing 54(5), 594–601.
Coyle, N./ Sculco, L. 2004. Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenological inquiry. Oncol. Nurs. Forum 31, 699-709.
Cukrowitz, K.C. et al. 2011. Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. Psychology and Aging 26, 331-338.
Daatland, S.O. 2005. Quality of life and aging. In: Johnson et al. (eds.), 371-377.
van den Daele, W. 2005. Selbstbestimmung am Lebensende. Konsens der Eliten und die Meinung der Bevölkerung. WZB-Mitteilungen H. 108, Juni, 7-11.
van den Daele, W. 2006a. Impulsreferat. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe. Bonn. www.fes.de/aspol.
van den Daele, W. 2006b. Gewinnverbot: Die ambivalente Verteidigung einer Kultur der Gabe. In: Taupitz, J. (Hg.), Kommerzialisierung des menschlichen Körpers, Berlin, Springer.
van den Daele, W. 2008a. Das Euthanasieverbot in liberalen Gesellschaften - aus soziologischer Perspektive. In: Robertson-von Trotha, C.Y. (Hg.), Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft, Baden-Baden, 37-62.
van den Daele, W. 2008b. Soziologische Aufklärung und moralische Geltung: Empirische Argumente im bioethischen Diskurs. In: Zichy, M./ Grimm, H. (Hg.), Praxis in der Ethik. Zur Methodenreflexion in der anwendungsorientierten Moralphilosophie. Berlin, Walter de Gruyter, 119-152.
van den Daele, W. 2009. Biopolitik, Biomacht und soziologische Analyse. Leviathan 37, 52-76.
Dahl, E. 2006a. Dem Tod zur Hand gehen. Spektrum der Wissenschaft. http://www.wissenschaft-online.de/spektrum/pdf/leseprobe/SDW_06_07_S116.pdf
Dahl, E. 2006b. Terminale Sedierung: Die ‚Wunderwaffe’ für ein humanes Sterben? http://www.dghs.de/pdf/21_23_HLS3_06.pdf
Dahl, E. 2010. Die Würde des Menschen ist antastbar. http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,685376,00.html
Dammann, R./ Gronemeyer, R. 2009. Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Anforderungen der Demenz bewältigen. Frankfurt, Campus.
Danyliv, A. and O'Neill, C. 2015. Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: The role of religion over time. Social Science & Medicine 128: 52-56.
De Boer, M.E. et al. 2010a. Advance directives for euthanasia in dementia: Do law-based opportunities lead to more euthanasia? Health Policy, online 27 July 2010.
De Boer, M.E. et al. 2010b. Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness. International Psychogeriatrics, 22: 201-208.

Dees, M.K. et al. 2011. 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. J Med Ethics 37: 727-734.
De Grey, A.D.N.J. 2004. Three self-evident life extension truths. Rejuvenation Research 7, 3, 165-167.
De Jong, JD/ Clarke, LE. 2009. What is a good death? Stories from palliative care. J Palliat Care. 25(1):61-67.
Dempsey, Laura, et al. 2015. The unmet palliative care needs of those dying with dementia. International journal of palliative nursing 21.3: 126-133.
De Ridder, M. 2010. Wie wollen wir sterben? München, DVA.
Deutscher Ethikrat (Hg.) 2012. Demenz und Selbstbestimmung. Berlin.
Devine, R. 2010. "Suicide by Capital Punishment" Paper presented at the ASC Annual Meeting, San Francisco, California, Nov 17, http://www.allacademic.com/meta/p436766_index.html
DeWolf MS et al. 2003. Promoting a good death for persons with dementia in nursing facilities. JONA’S Healthc Law Ethics Regul. 5(2):34-41.
DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben). 2003. Aktuelle Forsa-Umfrage. Press release.
DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben). 2012. 77 Prozent der Deutschen sind für ärztliche Freitod-begleitung. Humanes Leben Humanes Sterben 32, 4, 6-7.
Diamond, J. 2005. Kollaps. Warum Gesellschaften überleben oder untergehen. Frankfurt, Fischer.
Diamond, J. 2011. Why do some societies make disastrous decisions? In: Brockman, J. (ed.), Culture. Leading scientists explore societies, art, power, and technology. New York, Harper, 27-42.
Dießenbacher, H. 1998. Die Kriege der Zukunft. München.
Dörner, K. 2007. Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster, Paranus Verlag.
Dörner, K. 2008. Der gute Arzt im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und Indikation. In: Charbonnier, R./ Dörner, K./ Steffen, S. (Hg.), Medizinische Indikation und Patientenwille, Stuttgart, Schattauer, 1-6.
Dörner, K. et al. 2004. Irren ist menschlich. 2. Aufl. Bonn, Psychiatrie Verlag.
Dörre, K./ Lessenich, S./ Rosa, H. 2009. Soziologie – Kapitalismus – Kritik. Frankfurt, Suhrkamp.
Donne, J. 1982. Biathanatos. New York.
Dorling, D. 2010. Injustice. Why social inequality persists. Bristol, Policy.
Dorling, D./ Thomas, B. 2009. Geographical inequalities in health in the last century. In: Graham, H. (ed.), Health inequalities. Oxford, Oxford UP, 66-83.
Dorn, S. 2008. Uninsured and dying about of it. Urban Institute/ Health Policy Center.
Dostojewski, F. 2001. Tagebuch eines Schriftstellers. 2. Aufl. München.
Douglas, C./ Kerridge, C./ Ankeny, R. 2008. Managing intentions: the end-of-life administration of analgesics and sedatives, and the possibility of slow euthanasia. Bioethics 22, 388-396.
Douglas, J. 1976. The social meanings of suicide. Princeton, Princeton Univ. Press.
Downie, J./ Chambaere, K./ Bernheim, J.L. 2012. Pereira’s attack on legalizing euthanasia or assisted suicide: smoke and mirrors. Curr Oncol. 2012 June; 19(3): 133–138.
Downs, M. 2011a. People with dementia. In: Oliviere, D. et al. (eds.), Death, dying, and social differences. 2. ed. Oxford, Oxford UP, 144-150.
Downs, M. 2011b. End of life care for older people with dementia: priorities for research and service develop-ment. In: Gott/ Ingleton, 247-251.
Dunning, E. 2011. ‘Testing’ Elias: Aspects of Violence Viewed in Long-Term Perspective. Papers 96/2, 309-339.
Draper, B. M. 2015. Suicidal behavior and assisted suicide in dementia. International Psychogeriatrics 27, 10, 1601-1611.
Dreier, H. 2007. Grenzen des Tötungsverbotes – Teil 1. Juristenzeitung 62, 261-316.
Dreßke, S. 2005. Sterben im Hospiz. Frankfurt/M., Campus.
Dreßke, S. 2007. Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird. In: Gehring/ Rölli/ Sab-orowski (Hg.), 77-101.
Drought, T. S./ Koenig, B. A. 2002. “Choice” in end-of-life decision-making: Researching fact or fiction? *The Gerontologist*, *42*, 114-128.
Durkheim, E. 1983. Der Selbstmord. Frankfurt, Suhrkamp.
Duttge, G. 2006. Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe. In: Kettler, D. et al. (Hg.), Selbstbestimmung am Lebensende, Göttingen, Universitätsverlag, 36-68.
Earle, S./ Komaromy, C./ Bartholomew, C. (eds.) 2009. Death and dying: a reader. London, SAGE.
Edwards, C. 2007. Death in ancient Rome. New Haven, Yale University Press.
Ehrenberg, A. 2005. Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt, Campus.
Eibach, U. 2012. Beihilfe zur Selbsttötung? – Eine ethische und seelsorgerliche Beurteilung. http://www.gemeindenetzwerk.org/?p=8347&print=1.
Eichinger, E. 2010. Suizidär. Suizidal. Suizidant. Suizid als pathologisches Phänomen. Wien, Löcker.
Elias, N. 1982. Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt, Suhrkamp.
Elias, N. 1992. Die höfische Gesellschaft. 6. Aufl. Frankfurt, Suhrkamp.
Eliott, J.A./ Olver, I.N. 2008. Dying cancer patients talk about euthanasia. Soc. Science & Med. 67, 647-656.
Endreß, A./ Bauer, M. (Hg.) 2007. Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Aschaffenburg, Alibri V.

Engels, D. 2007. Gestaltung von Politik und Gesellschaft. Armut und Reichtum an Teilhabechancen. Gutachten zur Vorbereitung des 3. Armuts- und Reichtumsberichtes. Köln, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik.

Engeström, Y. 2008. From teams to knots. Activity-theoretical studies of collaboration and learning at work. Cambridge, Cambridge Univ. Press.

Epstein M. 2007. Legitimizing the Shameful: End-of-Life Ethics and the Political Economy of Death. Bioethics 21: 23–31.

Erlemeier, N. 2010. „Ich kann nicht mehr!" Suizidalität und Suizidprävention im Alter. In: Begemann, V. (Hg.), Der Tod gibt zu denken. Münster, Waxmann, 183-200.

Fairbairn, G.J. 1998. Suicide, Language, and Clinical Practice. Philosophy, Psychiatry, & Psychology 5,2, 157-169.

Fassin, D. 2009. Another politics of life is possible. Theory, Culture and Society 26, 44-60.

Faust, V. o.J. Doppel-Suizid. http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Doppel-Suizid.pdf

Feikema, L. 2012. Die niederländische Euthanasiepolitik. In: Heinrich Böll Stiftung (Hg.), Selbstbestimmung am Lebensende. Nachdenken über assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe. Berlin, 72-106.

Felber, W./ Wolfersdorf, M. o.J. Sind Suizidprophylaxe und Sterbehilfe miteinander vereinbar? Statement des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention - Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS). http://www.suizidprophylaxe.de/Euthanasie/ThesenDGSzuS-Prophyl-Sterbehilfe.pdf

Feldmann, K. 1995. Leben und Tod im Werk von Talcott Parsons, in: Feldmann, K./ Fuchs-Heinritz, W. (Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden, Frankfurt./M., Suhrkamp, 140-172.

Feldmann, K. 1997. Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen, Leske + Budrich.

Feldmann, K. 1998. Suizid und die Soziologie von Sterben und Tod. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 23, 4, 7-21.

Feldmann, K. 2004a. Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. Wiesbaden, VS-Verlag.

Feldmann, K. 2004b. Sterben - Scheitern oder Sieg? In: Junge, M./ Lechner, G. (Hg.), Scheitern. Aspekte eines sozialen Phänomens. Wiesbaden, VS Verlag, 49-62.

Feldmann, K. 2005. Aktive Sterbehilfe: soziologische Analysen. Univ. Hannover. http://www.feldmann-k.de/texte/thanatosoziologie/articles/aktive-sterbehilfe-soziologische-analysen.html?file=tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/aktive-sterbehilfe-soziologische-analysen.pdf

Feldmann, K. 2006. Soziologie kompakt. 4. Aufl., Wiesbaden, VS Verlag.

Feldmann, K. 2007. Soziologie des Sterbens in Deutschland. In: Endreß, A./ Bauer, M. (Hg.), Selbstbestimmung am Ende des Lebens, Aschaffenburg, Alibri-Verlag, 105 - 123.

Feldmann, K. 2008a. Kultivierung des Suizids im Zeitalter der Medikalisierung. In: Robertson-von Trotha (Hg.), 171-192.

Feldmann, K. 2008b. Todesbilder und -skripte in der modernen Gesellschaft. In: Heller, A./ Knop, M. (Hg.), Die Kunst des Sterbens. Todesbilder im Film - Todesbilder heute. Filmmuseum Düsseldorf/ IFF.

Feldmann, K. 2008c. Paedilex. http://www.feldmann-k.de/texte/bildung-und-erziehung.28/articles/paedilex.html?file=tl_files/kfeldmann/pdf/bildung-erziehung/paedilex.pdf

Feldmann, K. 2009. Wissenschaftstheorie, Wissenschaftsforschung, Wissenschaftspraxis, Wissenschaftsvermittlung. http://www.feldmann-k.de/lehre/wissenschaftstheorie-und-praxis.html?file=tl_files/kfeldmann/Wissenschaftstheorie/wissenschaftstheorie-feldmann-09.pdf.

Feldmann, K. 2010a. Soziologie des Sterbens und des Todes (Thanatosoziologie). In: Kneer, G./ Schroer, M. (Hrsg.), Spezielle Soziologien, Wiesbaden, VS Verlag, 569-586.

Feldmann, K. 2010b. Sterben und Tod aus der Sicht der Wissenschaften und Religionen: Soziologie. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler, 62-74.

Feldmann, K. 2010c. Ars moriendi im 21. Jahrhundert. In: Nairz-Wirth, E. (Hg.), Aus der Bildungsgeschichte lernen. Wien, Löcker, 177-194.

Feldmann, K. 2010d. Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. 2. neu bearb. Aufl. Wiesbaden, VS-Verlag.

Feldmann, K. 2012a. Sterben in der modernen Gesellschaft. In: Bormann F.-J. / Borasio G. D. (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/New York: de Gruyter, 23-40.

Feldmann, K. 2012c. Sterbekultur in der modernen Gesellschaft. Soziologische Perspektiven zur Ars moriendi nova. In: Schäfer, D./ Müller-Busch, C./ Frewer, A. (Hg.), Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova? Stuttgart, Franz Steiner, 77-88.

Feldmann, K. 2012d. Sterben in öffentlichen und privaten Sphären. In: Anderheiden, M./ Eckart, W.U. (Hg.) Handbuch Sterben und Menschenwürde, 3. Bd. Berlin, de Gruyter, 1549-1579.

Feldmann, K. 2013. Verdrängung, Medikalisierung und Ökonomisierung von Sterben und Tod. In: Lederhilger, S.J. (Hg.), Des Menschen Leben ist wie Gras. Tabu Lebensende. Frankfurt, Peter Lang, 77-90.

Feldmann, K. 2014a. Verwandlung des Sterbens? Wissenschaftlich und techn(olog)isch generierte Magien, Mythen und alte und neue Realitäten. In: Böhle, K. et al. (Hg.): Computertechnik und Sterbekultur. Berlin, LIT, 17-36.
Feldmann, K. 2014b. Suicidology prevents the cultivation of suicide. http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/38900.
Feldmann, K./Fuchs-Heinritz, W. 1995. Der Tod als Gegenstand der Soziologie. In: dies. (Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt /M., Suhrkamp.
Fenner, D. 2007. Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente. Ethik Med 19, 200-214.
Fenner, D. 2008. Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizinethische Untersuchung. Freiburg, Karl Alber.
Ferreira, N. 2005. Revisiting euthanasia: A comparative analysis of a right to die in dignity. Zentrum f. Europ. Rechtspolitik, Univ. Bremen.
Feyder, J. 2010. Mordshunger. Wer profitiert vom Elend der armen Länder? Frankfurt, Westend.
Feyerabend, E. 2006. Stellungnahme. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe. Bonn. www.fes.de/aspol.
Fischer, M./ Schrems, I. (Hg.) 2008. Ethik im Sog der Ökonomie. Frankft., Lang.
Fischer, S. 2006. Empirische Sterbehilfeforschung: Eine Methodenkritik. In: Schildmann, J./ Fahr, U./ Vollmann, J. (Hg.), Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik. Münster. LIT, 251-265.
Fittkau, L. 2006. Autonomie und Fremdtötung. Sterbehilfe als Sozialtechnologie. Frankfurt, Mabuse.
Fitzpatrick, T. 2008. Applied ethics & social problems. Bristol, Policy.
Fitzpatrick, S. J., Hooker, C. and Kerridge, I. 2014. Suicidology as a social practice. Social Epistemology ahead-of-print: 1-20.
Förstl, H./ Gutzmann, H. 2009. Exkurs 3: Lebenswille statt Euthanasie: Innen- statt Außenansichten neurodegenerativer Erkrankungen. In: Mahlberg/ Gutzmann (Hg.), 321-322.
Förstl, H. et al. 2012. Demenz und Sterben: Aktuelle Entwicklungen und Ausblick. In: Bormann F.-J. / Borasio G. D. (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/New York: de Gruyter, 223-246.
Foucault, M. 1993. Leben machen und sterben lassen. Die Geburt des Rassismus. Ein Vortrag. Lettre Internationale 20, 62-67.
Foucault, M. 2002. Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt, Fischer.
Frewer, A. 2007. Selbstbestimmtes Sterben? Zur Geschichte von Euthanasie und gutem Tod. In: Endreß/ Bauer (Hg.), 71-92.
Frick, E./ Roser, T. (Hg.) 2009. Spiritualität und Medizin. Stuttgart, Kohlhammer.
Frieß, M. 2008. „Komm süßer Tod“ – Europa auf dem Weg zur Euthanasie? Stuttgart, Kohlhammer.
Fröhlich, G. 1998. Techno-Utopien der Unsterblichkeit aus Informatik und Physik. In: Becker, U./Feldmann, K. /Johannsen, F. (Hg.): Sterben und Tod in Europa. Neukirchen, 187-213.
Fuchs, W. 1969. Todesbilder in der modernen Gesellschaft. Frankfurt, Suhrkamp.
Fuchs-Heinritz, W. 2010. Sozialer Tod. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod. Stuttgart, Metzler, 133-136.
Furberg, E. 2012. Advance Directives and Personal Identity: What Is the Problem? Journal of Medicine and Philosophy, 37: 60–73,
Galtung, J. 1971: Gewalt, Frieden und Friedensforschung, in: Senghaas, D. (Hrsg.): Kritische Friedensforschung, Ffm., 55-104.
Galushko, M./ Voltz, R. 2012. Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung. . In: Bormann F.-J. / Borasio G. D. (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/New York: de Gruyter, 200-210.
Ganzini, L. et al. 2006. Evaluation of competence to consent to assisted suicide: vies of fornsic psychiatrists. Am J Psychiatry 157, 595-600.
Gastmans, C./ De Lepeleire, J. 2009. Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia. Bioethics 24, 78-86.
Gehlen, A. 1983. Über die Geburt der Freiheit aus der Entfremdung, Gesamtausgabe, Bd. 4, Frankfurt a.M.
Gehrau, V./ Kuhlmann, C. 2010. Der kultivierte Tod: Der Einfluss des Fernsehens auf unsere Vorstellung vom Sterben. In: Westerbarkey, J. (Hg.), End-Zeit-Kommunikation. Münster, LIT, 99-112.
Gehring, P. 2006. Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens. Frankft., Campus.
Gehring, P. 2007. Sterbepolitische Umbauversuche. Von der Sterbehilfe zum assistierten Suizid. In: Gehring/ Rölli/ Saborowski, 121-137.
Gehring, P. 2010. Theorien des Todes. Hamburg, Junius.
Gehring, P. 2011. Soll es noch ein ärztliches Ethos geben? http://www.faz.net/s/RubCF3AEB154CE64960822FA5429A182360/ Doc~EDC0E06947D31471692DDC4D2AFA1533E~ATpl~Ecommon~Scontent.html

Gehring, P./ Rölli, M./ Saborowski, M. (Hg.) 2007. Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute. Darmstadt, WBG.
Geiger, K. 2010. Lebensverlängerung – medizingeschichtlich. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler, 149-154.
Geiser, M. 2004. Erforschen Umfragen die Wahrheit? Kritische Bemerkungen zu «End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study» [1]. Schweizerische Ärztezeitung 85, 1040-1042.
Gemmill, G./ Oakley, J. 1996. Leadership: an alienating social myth? In: Grint, K. (ed.), Leadership: classical, contemporary, and critical approaches. Oxford, Oxford Univ. Press, 272-292.
Gertenbach, L./ Laux, H./ Rosa, H./ Strecker, D. 2010. Theorien der Gemeinschaft. Hamburg, Junius.
Gethmann-Siefert, A. 2008. Zum Verhältnis von Ökonomie und Medizinethik. In: Gethmann-Siefert, A./ Thiele, F. (Hg.), Ökonomie und Medizinethik. München, Fink, 9-29.
Giannini, A./ Consonni, D. 2006. Physicians' perceptions and attitudes regarding inappropriate admissions and resource allocation in the intensive care setting. British Journal of Anaesthesia 96, 57–62.
Giese, C./ Koch, C./ Siewert, D. 2006. Pflege und Sterbehilfe. Zur Problematik eines (un)erwünschten Diskurses. Frankfurt, Mabuse.
Gill, B. 2003. Streitfall Natur. Weltbilder in Technik- und Umweltkonflikten. Wiesbaden, Westdeut. V. http://www.lrz-muenchen.de/~Lehrstuhl_Beck/d/gill/publika/habwdv.pdf
Gill, M.B. 2009. Legalization of physician-assisted suicide and end-of-life care. J. Applied Philosophy 26, 28-45.
Gilleard, C./ Higgs, P. 2011. Ageing abjection and embodiment in the fourth age. Journal of Aging Studies 25, 135–142
Giroux, H.A. 2011. Neoliberalism and the death of the social state: remembering Walter Benjamin's Angel of History. Social Identities 17, 4, Abstract.
Glaser, B. and Strauss, A. 1971. Status Passage. London: Aldine Transaction.
Gleichmann, P./ Kühne,T. (Hg.) 2004. Massenhaftes Töten. Kriege und Genozide im 20. Jahrhundert. Essen, Klartext.
Glenn, L.M./ Dvorsky, G. 2010. Dignity and Agential Realism: Human, Posthuman, and Nonhuman. The American Journal of Bioethics, 10:7, 57-58.
Gliemann, R. 2005. Die Begutachtung von Tötungsdelikten. In: Bojack/ Akli, 175-190.
Gluck, K. 2010. Child exploitation in the work force. Calif. Polytechnic State Univ. http://digitalcommons.calpoly.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1035&context=socssp
Gmür, M. 2008. Suizidbeihilfe und Urteilsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Schweizerische Ärztezeitung 89, 28/29, 1300-1303.
Goffman, E. 1973. Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt.
Gomes, B. et al. 2011. International trends in circumstances of death and dying amongst older people. In: Gott/ Ingleton, 3-18.
Good, M.J.D. et al. 2004. Narrative nuances on good and bad deaths: internists' tales from high-technology work places. Social Science & Medicine 58, 939–953.
Gott, M. et al. 2008. Older people's views of a good death in heart failure: Implications for palliative care provision. Social Science & Medicine 67, 1113-1121.
Gott, M./ Ingleton, C. (eds,) 2011. Living with ageing and dying: palliative and end of life care for older people. Oxford, Oxford University Press.
Granda-Cameron, C./ Houldin, A. 2012. Concept Analysis of Good Death in Terminally Ill Patients. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, online 23 February 2012.
Granek, L. 2010. Grief as Pathology: The Evolution of Grief Theory in Psychology From Freud to the Present. History of Psychology, Vol. 13, No. 1, 46–73.
Graumann, S./ Lindemann, G. 2010. Medizinsoziologie. In: Kneer, G./ Schroer, M. (Hrsg.), Spezielle Soziologien, Wiesbaden, VS Verlag, 309-324.
Gray, C.H. 2003. Posthuman soldiers in posthuman war. Body and Society 9, 215-226.
Green, J.W. 2008. Beyond the good death. The anthropology of modern dying. Philadelphia, Univ. of Pennsylvania Press.
Green, R.M./ Donovan, A./ Jauss, S.A. (eds.) 2008. Global bioethics: issues of conscience for the twenty-first century. Oxford, Clarendon Press.
Greenberg, J./ Arndt, J. 2012. Terror management theory. In: Van Lange, P.A.M. et al. (eds.), Handbook of theories of social psychology. Vol. 1. London, SAGE, 398-415.
Greil, R. 2008. Der Tod als Tabu, Wissensdefizit und Kostenfaktor – Der Umgang der Medizin mit der Transition von Leben zum Tod. In: Fischer/ Schrems (Hg.), 181-195.
Greven, M.T. 2006. Aktualität und Bedeutung einer kritischen Politikwissenschaft nebst Bemerkungen zur Pluralismustheorie. In: Eisfeld, R., Streitbare Politikwissenschaft, Baden-Baden, Nomos, 7-16.
Gronemeyer, R. 2007a. Sterben in Deutschland. Frankfurt, Fischer.
Gronemeyer, R. 2007b. Von der Lebensplanung zur Sterbeplanung. Eine Perspektive der kritischen Sozialforschung. In: Gehring/ Rölli/ Saborowski (Hg.), 51-59.

Gronemeyer, R./ Heller, A. 2008. Sterben und Tod in Europa. Momentaufnahmen eines kulturellen Wandels. In: Heller/ Knop (Hg.), 110-125.
Groß, D./ Schweikardt, C. (Hg.) 2010. Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen. Frankfurt, Campus.
Grossmann, D. 2004. Eine Anatomie des Tötens. In: Gleichmann/ Kühne (Hg.), 55-104.
Groys, B. 2009. Einführung in die Anti-Philosophie. München, Hanser.
Hack, T.F. et al. 2010. Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy. Palliative Medicine
Hadders, H. 2009. Enacting death in the intensive care unit: medical technology and the multiple ontologies of death. Health 13, 571-587.
Hadders, H. 2011. Negotiating Leave-Taking Events in the Palliative Medicine Unit. Qual Health Res 21, 223-232.
Häcker, B. 2008. Die ethischen Probleme der Sterbehilfe. Hamburg, LIT.
Hales, S./ Zimmermann, C. 2008. The Quality of Dying and Death. Arch Intern Med. 168(9), 912-918.
Hahn, A. 2010. Körper und Gedächtnis. Wiesbaden, VS Verlag.
Hahn, A./ Hoffmann, M. 2009. Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis. In: Klinger, C. (Hg.) Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft. Berlin, Akademie Verlag, 121-144.
Hahnen, M.-C. et al. 2010. Zwischen Unschärfe und Tabuisierung: Tod und Sterben im Printmediendiskurs. In: Groß/ Schweikardt, 113-127.
Hall, RCW et al. 2009. Nursing home violence: occurrence, risks, and interventions. Annals of Long-Term Care 17(1):25-31.
Haller, M. 2006. Soziologische Theorie im systematisch-kritischen Vergleich. 2. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag.
Hanafin, P. 2009. Rights of passage: law and the biopolitics of dying. London: Birkbeck ePrints. Available at: http://eprints.bbk.ac.uk/820
Hanratty, B./ Holmes, L. 2011. Social inequality in dying. In: Oliviere, D. et al. (eds.), Death, dying, and social differences. 2. ed. Oxford, Oxford UP, 19-31.
Hansen, S. 2008. Die letzte Lebensphase auf einer Palliativstation. Diss., Univ. München.
Harari, Y.N. 2014. Sapiens. A brief history of mankind. London, Harvil Secker.
Hardt et al. 2008. Childhood adversities and suicide attempts: a retrospective study. J. Family Violence 23, 713-718.
Hardwig, J. 2009. Going to meet death: The art of dying in the early part of the twenty-first century. The Hastings Center Report, 39(4), 37–45.
Harris, J. 2008. Global norms, informed consensus, and hypocrisy in bioethics. In: Green/ Donovan/ Jauss (eds.), 297-323.
Hartmann, J./ Förstl, A./ Kurz, H. 2009. Suizid bei beginnender Demenz. Medizinische und ethische Fragen. Zeitschrift für medizinische Ethik 55, 343-350.
Harvey, J. 1997. The technological regulation of death; with reference to the technological regulation of birth. Sociology 31,719-735.
Hayek, J.v. 2006. Hybride Sterberäume in der reflexiven Moderne. Eine ethnographische Studie im ambulanten Hospizdienst. Münster, LIT.
Heath, I. 2012. What's wrong with assisted dying. BMJ 2012;344:e3755.
Heidbrink, L. 2007. Autonomie und Lebenskunst. Über die Grenzen der Selbstbestimmung. In: Kersting, W./ Langbehn, C. (Hg.), Kritik der Lebenskunst, Frankft., Suhrkamp, 261-286.
Heil, R. 2010. Trans- und Posthumanismus – Begriffsbestimmung. In: A. Hilt / A. Frewer / I. Jordan (Hg.): Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit: Geschichte – Theorie – Ethik . Stuttgart: Steiner Verlag, 127-150.
Heinrich, M. et al. 2008. Zur Messung der kognitiven Einengung in Abschiedsbriefen. Neuropsychiatrie 22, 4, 252-260.
Heinrich, R-L./ Morgan, M.T./ Rottman, S.J. 2011. Advance Directives, Preemptive Suicide and Emergency Medicine Decision Making. Narrative Inquiry in Bioethics, Volume 1, Number 3, 189-197.
Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.) 2007. Die Freiheit zu sterben. Selbstbestimmung durch Sterbehilfe und Patientenverfügung. Berlin.
Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.) 2008. Selbstbestimmung im Dialog. Patientenautonomie - Vorsorge - Verantwortung. Berlin.
Heinsohn, G. 2003. Söhne und Weltmacht. Zürich.
Heinsohn, G./ Knieper, R./ Steiger, O. 1979. Menschenproduktion. Allgemeine Bevölkerungslehre der Neuzeit. Frankfurt, Suhrkamp.
Heller, A./ Knop, M. (Hg.) 2008. Die Kunst des Sterbens. Todesbilder im Film - Todesbilder heute. Filmmuseum Düsseldorf/ IFF.
Helmchen, H./ Lauter, H. 2009. Krankheitsbedingtes Leiden, Sterben und Tod aus ärztlicher Sicht. In: Klinger, C. (Hg.) Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft. Berlin, Akademie Verlag, 145-182.
Hendry, M. et al. 2013. Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. Palliat Med 27: 13-26.

Heuer, K./ Kathleen P./ Hanses, A. 2015. Professionalitätskonstruktionen in der Arbeit mit sterbenden Menschen. In: Becker-Lenz, R. et al. (Hg.), Bedrohte Professionalität. Springer, Wiesbaden, 259-278.

Heuft, G./ Kruse, A./ Radebold, H. 2006. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. 2. Aufl. München, Reinhardt.

Higgins, R.W. 2004. Le sujet mourant. La mort en état d’exception. In: Lenoir, F./ Tonnac, J.-P. de (dir.), La mort et l'immortalité. Paris.

Higgs, P./ Jones, I.R. 2009. Medical sociology and old age. London, Routledge.

Hilário, A. P. 2012. What about dignity? The meaning and experience of terminally ill patients. CIES e-Working Paper N.º 122/2012, Univ. Lissabon.

Hiley, V. 2008. In pursuit of a good death: managing changing sensibilities toward death and dying. Thesis. Univ. of Sydney.

Hirseland, A./ Schneider, W. 2011. Wahrheit, Ideologie und Diskurse. In: Keller, R. et al. (Hg.), Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, Bd. 1, 3. Aufl., Wiesbaden, VS Verlag, 401-432.

Hitzler, R. 2010. Ist da jemand? Über Appräsentationen bei Menschen im Zustand "Wachkoma". In: Keller, Reiner / Michael Meuser (Hrsg.): Körperwissen. Über die Renaissance der Körperlichen. Wiesbaden: VS Verlag, 69-84.

Hitzler, R. 2012a. Hirnstammwesen? Das Schweigen des Körpers und der Sprung in den Glauben an eine mittlere Transzendenz. In: Gugutzer, M. Böttcher (Hrsg.), Körper, Sport und Religion. Wiesbaden, VS Verlag, 125-139.

Hitzler, R. 2012b. Die rituelle Konstruktion der Person. Aspekte des Erlebens eines Menschen im sogenannten Wachkoma. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research,13(3), Art. 12, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1203126.

Hjelmeland, H. et al. 2012. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed?, Death Studies, 36:7, 605-626.

Hockey, J. 1985. Cultural and social interpretations of "dying" and "death" in a residential home for elderly people in the North East of England, in: Curare 8, S. 35-43.

Höffe, O. 2010. Philosophische Ethik: Fahne im Wind oder Fels in der Brandung? Schweizerische Ärztezeitung 91, 32, 1199-1202.

Hoerster, N. 2008. Ist aktive Sterbehilfe strafwürdig? In: Fischer/ Schrems (Hg.), 217-222.

Hoffmann, M. 2011. „Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet“. Die Angst vor dem „sozialen Sterben“, Wiesbaden, VS Verlag.

Hoffmann, R. 2008. Soziale Ungleichheit in der Altersmortalität in Dänemark und den USA. In: Bauer/ Bittlingmayer/ Richter, 403-429.

Hoffmann, T. S. 2015. Das gute Sterben und der Primat des Lebens." In: Hoffmann, T.S./ Knaup, M. (Hg.), Was heißt: In Würde sterben? Wiesbaden, Springer, 267-292.

Holody, K.J. 2011. Constructing the end: Framing and agenda-setting of physician-assisted suicide. Diss. Bowling Green State University.

Horstmann, U. 2000. Abdrift. Neue Essays. Oldenburg, Igel Verlag.

Howarth, G. 2007a. Death and dying. A sociological introduction. Cambridge, Polity Press.

Howarth, G. 2007b. Whatever happened to social class? An examination of the neglect of working class cultures in the sociology of death. Health Soc. Rev. 16, 425-435.

Hülswitt, T./ Brinzanik, R. 2010. Werden wir ewig leben? Gespräche über die Zukunft von Mensch und Technologie. Berlin, Suhrkamp.

Hughes, J./ Jewson, N./ Unwin, L. (eds.) 2007. Communities of practice. London.

Human Development Report 2010. UNDP. http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_DE_Complete.pdf

Hurst, S.A. et al. 2007. Die Realität der ärztlichen Rationierung am Krankenbett am Beispiel von vier europäischen Ländern. In: Zimmermann-Acklin/ Halter, 67-79.

Huster, E.-U./ Boeckh, J./ Mogge-Grotjahn, H. (Hg.) 2012. Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. 2. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag.

Illhardt, F.J. 2008a. Ungelöste Probleme der Autonomie: Unterwegs zu einem neuen Konzept. In: ders. (Hg.), 189-204.

Illhardt, F.J. (Hg.) 2008b. Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips. Berlin, LIT.

Illhardt, F.J. / Wolf, R. 1998. Suizid im Alter: Zusammenbruch der Wertorientierung? Z Gerontol Geriat. 31:1-8.

Innes, A. 2009. Dementia studies. A social science perspective. London, SAGE.

Institut für Demoskopie Allensbach. 2010. Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. http://palliativpflege.wordpress.com/2011/01/07/arztlich-begleiteter-suizid-und-aktive-sterbehilfe-aus-sicht-der-deutschen-arzteschaft/

Ish-Shalom, P. 2010. Nonkilling Political Science in the Killing Fields of International Relations. Papers Presented at the 21st World Congress of Political Science in Santiago, Chile, 12-16 July, 2009. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.168.4398&rep=rep1&type=pdf#page=7

Jackson, J.L./ Mallory, R. 2009. Aggression and Violence Among Elderly Patients, a Growing Health Problem.

J. General Internal Med. 24, 1167-1168.
Jacobson, N. 2007. Dignity and health: A review. Social Science & Medicine 64, 292–302.
Jakobsson, E. et al. 2006. The Turning Point: Clinical Identification of Dying and Reorientation of Care. J. Palliative Medicine, 9(6): 1348-1358.
Jamison, K.R. 1999. Night falls fast: understanding suicide. New York, Vintage Books.
Jansen, L.A. 2005. Death in the clinic. Lanham, MD, Rowman & Littlefield.
Jansen, S.A. 2010. Undurchsichtige Transparenz – Ein Manifest der Latenz. In: Jansen, S.A./ Schröter, E./ Stehr, N. (Hg.), Transparenz. Wiesbaden, VS Verlag, 23-40.
Jansen-van der Weide, M.C./ Onwuteaka-Philipsen, B. D./ van der Wal, G. 2005. Granted, Undecided, Withdrawn, and Refused Requests for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Arch Intern Med, 165, 22, 1698-1704.
Jansen-van der Weide et al. 2009. How patients and relatives experience a visit from a consulting physician in the euthanasia procedure: a study amongst relatives and physicians. Death Studies 33:199-219.
Joas, H./ Knöbl, W. 2008. Kriegsverdrängung. Frankft., Suhrkamp.
Jochemsen, H. 2004. Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Beckmann, R. et al. (Hg.), Sterben in Würde, Krefeld, 235-249.
Jochemsen, H. 2008. Die aktuelle Situation der Sterbehilferegelung in den Niederlanden – Daten und Diskussion. In: Junginger et al. (Hg.), 237-243.
Johnson, M.L. et al. (eds.) 2005. The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge, Cambridge UP.
Johnstone, M. 2011. Metaphors, stigma and the 'Alzheimerization' of the euthanasia debate. Dementia, online.
Johnstone, M. 2012. Bioethics, cultural differences and the problem of moral disagreements in end-Of-life care: a terror management theory. Journal of Medicine and Philosophy, 37: 181–200.
Joiner, T. 2005. Why people die by suicide. Cambridge, MA, Harvard Univ. Press.
Joiner, T. 2010. Myths about suicide. Cambridge, MA, Harvard Univ. Press.
Jonen-Thielemann, I. 2008. Palliativmedizin statt aktiver Sterbehilfe bei Krebskranken. In: Junginger et al., 257-264.
Jordan, I. 2010. Endlichkeit und Hospizbetreuung. Zur institutionellen Bewältigung der Sterblichkeit seit den 1970er Jahren. In: A. Hilt / A. Frewer / I. Jordan (Hg.), Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit: Geschichte – Theorie – Ethik . Stuttgart: Steiner Verlag, 271-284.
Jordan, I./ Frewer, A. 2008. Menschliches Sterben im Wandel? Debatten um eine präventive Medikalisierung des Todes. In: Schäfer et al. (Hg.), 243-276.
Jost, J.T./ Fitzsimmons, G./ Kay, A.C. 2004. The ideological animal. A system justification view. In: Greenberg J., Koole SL, Pyszczynski T.(eds.), Handbook of experimental existential psychology. New York, Guilford Press, 247–262.
Jox, R.J. 2006. Der „Natürliche Wille“ als Entscheidungskriterium: Rechtliche, handlungstheoretische und ethische Aspekte. In: Schildmann, J./ Fahr, U./ Vollmann, J. (Hg.), Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik. Münster. LIT, 79-86.
Jox, R.J. 2011. Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Hamburg, edition Körber-Stiftung.
Junginger, T. et al. (Hg.) 2008. Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Berlin, Springer.
Juvenal. 2007. Satiren. Stuttgart, Reclam.
Kade, S. 2007. Altern und Bildung. Bielefeld, Bertelsmann.
Kahneman, D. 2011. Thinking fast and slow. London, Allen Lane.
Kamann, M. 2009. Todeskämpfe. Die Politik des Jenseits und der Streit um Sterbehilfe. Bielefeld, Transcript.
Kant, I. 1990 (1775). Eine Vorlesung über Ethik. Frankft.
Kappert, I./ Gerisch, B./ Fiedler, G. (Hg.) 2004. Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung - das Tabu und seine Brüche. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
Karenberg, A. 2010. Freiwilliges Opfer des Lebens. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler, 366-370.
Karlsson, M. 2011. End-of-life care and euthanasia: attitudes of medical students and dying cancer patients. Solna, Karolinska Institutet.
Karrer, D. 2009. Der Umgang mit dementen Angehörigen : über den Einfluß sozialer Unterschiede. Wiesbaden, VS Verlag.
Kastenbaum, R.J. 2007. Death, society, and human experience. 9. ed., Boston, Pearson.
Kaufman, S.R. 2000. In the Shadow of "Death with Dignity": Medicine and Cultural Quandaries of the Vegetative State. American Anthropologist 102, 69-83.
Kaufman, S.R. 2005. And a time to die: How American hospitals shape the end of life. New York, Scribner.
Kaufman, S.R. 2010. Time, clinic technologies, and the making of reflexive longevity: the cultural work of *time left* in an ageing society. Soc. Health Illness 32, 225-237.
Kaufmann, F.-X. 1995. Macht Zivilisation das Opfer überflüssig? In: Schenk, R. (Hg.), Zur Theorie des Opfers: ein interdisziplinäres Gespräch. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 173-191.
Keane, J. 2008. Civil society and aging. Nova Acta Leopoldina NF *99*, Nr. 36X, 00–00.
http://www.johnkeane.net/pdf_docs/keane_civil_society_and_ageing_plus_german_summary.pdf

Kearl, M. 2010. The proliferation of postselves in American civic and popular cultures. Mortality 15:1, 47-63.
Keen, S. 2010. Debunking economics. The naked emperor of the social sciences. New York, Zed Books.
Keenan, D.K. 2005. The question of sacrifice. Bloomington, Indiana Univ. Press.
Keith, K.T. 2009. Life extension: proponents, opponents, and the social impact of the defeat of death. In: Bartalos (ed.), 102-151.
Kellehear, A. 1990. Dying of cancer. The final year of life. London, Harwood Academic Publ.
Kellehear, A. 2005. Compassionate cities. Public health and end-of-life care. London, Routledge.
Kellehear, A. 2007a. A social history of dying. Cambridge, Cambridge UP.
Kellehear, A. 2007b. The end of death in late modernity: an emerging public health challenge. Critical Public Health 17, 71-79.
Kellehear, A. 2008. Dying as a social relationship: A sociological review of debates on the determination of death. Soc. Science & Medicine 66, 1533-1544.
Kellehear, A. 2009a. Dementia and dying: The need for a systematic policy approach. Critical Social Policy 29, 146-157.
Kellehear, A. 2009b. Dying old - and preferably alone? Agency, resistance and dissent at the end of life. International Journal of Ageing and Later Life 4(1), 5 – 21.
Kellehear, A. 2009c. What the social and behavioural studies say about dying. In: Kellehear, A. (ed.), The study of dying. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 1-26.
Kellehear, A. 2012. Dying in the UK? Politics, Ideologies and Futures. In: Pankratz, A./ Viol, C.-U./ de Waal, A. (eds.), Birth and Death in British Culture: Liminality, Power, and Performance. Newcastle, Cambridge Scholars Publ., 83-96.
Kelly B./ Burnett P./ Pelusi D. et al. 2003. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. Psychological Medicine 33:75–81.
Kendall, M. 2007. Key challenges and ways forward in researching the "good death": qualitative in-depth interview and focus group study. BMJ 334:521 . http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7592/521
Kentish-Barnes, N. 2007. Mourir à l'heure de médicin. Décisions de fin de vie en réanimation. Revue française de sociologie 48, 449 - 475.
Kersting, W./ Langbehn, C. (Hg.) 2007. Kritik der Lebenskunst. Frankft., Suhrkamp.
Kessler D, Lee L, Parr S and Peters TJ. 2005. Social class and access to specialist palliative care services. Palliat Med 19: 105-110.
Keupp, H. 2009. Das erschöpfte Selbst. Umgang mit psychischen Belastungen. http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_09_pragdis_text.pdf
Kevorkian, K. 2004. Environmental Grief: Hope and Healing. PhD Diss., Union Institute and University, Cincinatti, Ohio.
Kiamanesh, Parvin, et al. 2014. Suicide and perfectionism: A psychological autopsy study of non-clinical suicides. OMEGA-Journal of Death and Dying 69.4: 381-399.
Kick, H.A. 2004. Lebensende, Sterbehilfe, Suizid: Ethische Dilemmata als Herausforderung zu Klärung menschenbildlicher Prämissen. In: Kick, H.A./ Taupitz, J. (Hg.) Ethische Orientierung in Grenzsituationen des Lebens. Lebenskunst und Sterbekunst, Sterbegleitung und Trauerarbeit. Münster, LIT, 31-46.
Kipke, R. 2014. Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute. Ethik in der Medizin 141-154.
Kirk, T.W./ Mahon, M.M. 2010. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients. Journal of Pain and Symptom Management 1-10.
Kitanaka, J. 2009. Questioning the suicide of resolve: medico-legal disputes regarding ‚overwork-suicides’ in twentieth-century Japan. In: Weaver/ Wright (eds.), 257-280.
Kitwood, T. 2008. Demenz. 5. Aufl. Bern, Huber.
Kitwood, T./ Benson, S. (eds.) 1995. The new culture of dementia care. London, Hawker.
Kitzinger, C. and Kitzinger, J. 2014. ‘This in-between’: How families talk about death in relation to severe brain injury and disorders of consciousness. In: Leen Van Brussel and Nico Carpentier (eds.)The Social Construction of Death. Palgave Macmillan.
Kjølseth, I./ Ekeberg, Ø./Steihaug, S. 2010. Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. International Psychogeriatrics 22: 209-218.
Klie, T. 2006. Altersdemenz als Herausforderung für die Gesellschaft. In: Nationaler Ethikrat (Hg.), Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Berlin, 65-81.
Klie, T. 2007. Entscheidungen am Lebensende - Ethische und rechtliche Dilemmata. In: Napiwotzki, A./ Student, J.-C. (Hg.), Was braucht der Mensch am Lebensende? Stuttgart, 31-44.
Klie, T./ Student, J.C. 2007. Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Freiburg, Herder.
Knecht, M. 2006. Zwischen Religion, Biologie und Politik. Eine kulturanthropologische Analyse der Lebensschutzbewegung. Berlin, LIT.
Kneer, G./ Schroer, M. 2009. Soziologie als multiparadigmatische Wissenschaft. In: dies. (Hg.), Handbuch soziologische Theorien, Wiesbaden, VS Verlag, 7-18.

Knell, S./ Weber, M. (Hg.) 2009. Länger leben. Philosophische und biowissenschaftliche Perspektiven. Frankft., Suhrkamp.
Knipping, C. (Hg.) 2007. Lehrbuch Palliative Care. 2. Aufl. Bern, Huber.
Knoblauch, H. 1999. Populäre Religion. Markt, Medien und die Popularisierung der Religion. In: Honer u.a. (Hg.), Diesseitsreligion. Konstanz, UVK, 201-222.
Knoblauch, H. 2009. Populäre Religion. Frankfurt, Campus.
Knoblauch, H. 2011. Der populäre Tod? Obduktion, Postmoderne und die Verdrängung des Todes. In: Groß, D./ Tag, B./ Schweikardt, C. (Hg.), Who wants to live forever? Postmoderne Formen des Weiterwirkens nach dem Tod. Frankfurt, Campus, 27-53.
Knoblauch, H./ Kahl, A. 2011. Der gespaltene Leichnam. Die zwei Seiten des Todes, die Obduktion und der Körper. In: Müller, M.R./ Soeffner, H.-G./ Sonnenmoser, A. (Hg.), Körper Haben. Die symbolische Formung der Person. Weilerswist, Velbrück, 185-208.
Knoblauch, H./ Soeffner, H.-G./ Schnettler, B. 1999. Die Sinnprovinz des Jenseits und die Kultivierung des Todes. In: Knoblauch, H./ Soeffner, H.-G. (eds.), Todesnähe, Konstanz, 271-292.
Knoblauch, H./ Zingerle, A. 2005. Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. In: dies. (Hg.), Thanatosoziologie, Berlin, Dunker & Humblodt, 11-27.
Knorr Cetina, K. 2005. The rise of a culture of life. EMBO Reports, no. 6, 76-80.
Knorr Cetina, K. 2007. Umrisse einer Theorie des Postsozialen. http://www.prognosen-ueber-bewegungen.de/files/98/file/knorr-cetina-soziologie_des_postsozialen.pdf
Knorr Cetina, K. 2009. Jenseits der Aufklärung. Die Entstehung der Kultur des Lebens. In : Weiß (Hg.), 55-71.
Kodalle, K.-M. 2007. Über Suizid, "Tötung auf Verlangen", aktive Sterbehilfe. In: ders. (Hg.), Grundprobleme bürgerlicher Freiheit heute. Krit. Jahrb. d. Phil., Beih. 7, Würzburg, 127-148.
Kofahl, C. et al. 2013. Was weiß und denkt die Bevölkerung über Alzheimer und andere Demenz Erkrankungen? Gesundheitsmonitor 3/2013. http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131010-Gesundheitsmonitor-Demenz/Gesundheitsmonitor-3-2013,property=Data.pdf.
Kogan, N/ Tucker, J./ Porter, M. 2011. Extending the Human Life Span: An Exploratory Study of Pro- and Anti-Longevity Attitudes. The International Journal of Aging and Human Development 73, 1, 1-25.
Kohlen, H. 2008. „What are we really doing here?“ Journeys into hospital ethics committees in Germany: nurses participation and the(ir) marginalizaton of care. In: Rothman/ Armstrong/ Tiger (eds.), 91-128.
Komaromy, C. 2009. The state of dying. In: Earle/ Komaromy/ Bartholomew (eds.), 73-79.
Konnertz, U. 2010. Tod, Sterben und Geschlecht. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler, 141-148
Koppehele, E. 2008. Sterbehilfe - Sterbebegleitung alternativenlos, alternativ oder ganz anders? Soziologische Studie zum Diskurs. Diss. Univ. München.
Krähnke, U. 2007. Selbstbestimmung. Zur gesellschaftlichen Konstruktion einer normativen Leitidee. Weilerswist, Velbrück.
Krämer, W. 2008. Rationierung in der Intensivmedizin? In: Junginger et al. (Hg.), 99-104.
Kränzle, S./ Schmid, U./ Seeger, C. 2007. Palliative Care. 2. Aufl. Heidelberg, Springer.
Kreß, H. 2012. Streit der Ethiken in unserer Rechtsordnung – am Beispiel der Sterbehilfe (mit dem Schwerpunkt des assistierten Suizids). http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_streit_der_ethiken_sterbehilfe_3.11.12.pdf
Kreutzner, G. 2008. Demenz und Kultur: Zwei Perspektiven. In: Radzey, B. (Hg.) Demenz weltweit – eine Krankheit im Spiegel von Kultur(en). http://www.sfs-dortmund.de/odb/Repository/Publication/Doc%5C1142%5CDeSSorientiert_Juni2008.pdf
Kron, T. 2010. Zeitgenössische soziologische Theorien: Zentrale Beiträge aus Deutschland. Wiesbaden, VS Verlag.
Krones, T. 2008. Kontextsensitive Bioethik. Frankft., Campus.
Krüger, O. 2009. Die Vervollkommnung des Menschen. Tod und Unsterblichkeit im Posthumanismus und Transhumanismus. In: Klinger, C. (Hg.) Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft. Berlin, Akademie Verlag, 217-231.
Kruse, A. 2003. Wie die Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens erhalten werden kann – Anforderungen an die Begleitung sterbender Menschen, in: Mettner, M./ Schmitt-Mannhart, R. (Hg.), Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende, Zürich, 101-128. Online: http://www.malteser.de/53.MTG_Malteser_Traegergesellschaft/53.06.MTG_Tagung/53.06.02.MTG_Tagung_2004/MTG_Tagung_2004/1.14.06.06.05.Tagungsband/Kruse.pdf
Kruse, A. 2004. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz in Wissenschaft und Gesellschaft. Robert-Bosch-Stiftung. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Vortrag_Kruse_neu.pdf
Kruse, A. 2007. Nonverbale Kommunikation nicht unterschätzen. In: Zukunftsforum Demenz. Qualitätssicherung in der Demenzversorgung bei Multimorbidität. http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/doku_23_innen.pdf

Kruse, A. 2010. Menschenbild und Menschenwürde als grundlegende Kategorien der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In: Kruse, A. (Hg.), 3-26.
Kruse, A. (Hg.) 2010. Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg, AKA.
Kruse, A. 2016. Selbst und Selbstaktualisierung. In: Kojer,M. und Schmidl, M. (Hg.), Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. 2. Aufl., Springer, 263-274.
Krysmanski, H.J. 2009. Hirten & Wölfe. Wie Geld- und Machteliten sich die Welt aneignen. Münster, Westfälisches Dampfboot.
Krysmanski, H.J. 2012. 0,1 Prozent. Das Imperium der Milliardäre. Frankfurt, Westend.
Kubyk, I. 2010. Anthropologische Überlegungen zum biologischen und sozialen Tod. Diplomarbeit. Univ. Wien. http://othes.univie.ac.at/8551/1/2010-02-16_7025341.pdf
Kühne, T. 2004. Massen-Töten. Diskurse und Praktiken der kriegerischen und genozidalen Gewalt im 20. Jahrhundert. In: Gleichmann/ Kühne (Hg.), 11-54.
Kuhn, J. 2009. Wenn sich Therapie nicht lohnt: Gesundheit als ökonomisches Optimierungsproblem? Forum Kritische Psychologie 53, 50-54.
Kuhn, T.S. 1981. Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt.
Kummer, S. 2015. Ex in the City. In: Hoffmann, T.S./ Knaup, M. (Hg.), Was heißt: In Würde sterben? Wiesbaden, Springer, 19-48.
Kutzer, K. 1995. Rechtsansprüche Schwerkranker und Sterbender. In A. Keseberg & H.-H. Schrömbgens (Hg.), Hausärztliche Betreuung des Schwerkranken und Sterbenden. Stuttgart, Hippokrates, 63-75.
Lafontaine, C. 2008. La société post-mortelle. Paris, Seuil (deutsch : Die postmortale Gesellschaft, VS Verlag, 2010).
Lakoff, G./ Wehling, E. 2008. Auf leisen Sohlen ins Gehirn. Politische Sprache und ihre heimliche Macht. Heidelberg, Carl-Auer.
Lakomski, G. 2005. Managing without leadership. Towards a theory of organizational functioning. Amsterdam, Elsevier.
La Marne, P. 2005. Vers une mort solidaire. Paris, PUF.
Lamers, C. PT, and Williams, R. R. 2015. Older People’s Discourses About Euthanasia and Assisted Suicide: A Foucauldian Exploration. The Gerontologist, 1-10. doi:10.1093/geront/gnv102.
Langner, R. et al. (Hg.) 2007. Ordnungen des Denkens. Berlin, LIT.
Lash, S. 2003. Empire and Vitalism. Philadelphia, PA, USA: Proceedings of the Annual Meeting of the Eastern Sociological Society.
Lash, S. 2005. Lebenssoziologie. Georg Simmel in the information age. Theory, Culture, and Society, 22, 1-23.
Latour, B. 2007. Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. Frankft., Suhrkamp.
Latour, B. 2009. Faktur/Fraktur. Vom Netzwerk zur Bindung. In: Weiß (Hg.), 359-385.
Laue, C. 2008. Die Entwicklung der Tötungsdelikte in Deutschland. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 2, 2-10.
Lauter, H. 2010. Demenzkrankheiten und menschliche Würde. In: Kruse, A. (Hg.), 27-42.
Lawton, J. 2000. The dying process. Patient's experiences of palliative care, London.
Le Dévédec, N. 2008. « De l’humanisme au post-humanisme : les mutations de la perfectibilité humaine », *Revue du MAUSS permanente*, 21 décembre 2008. http://www.journaldumauss.net/spip.php?article444
Le Dévédec, N. 2009. La démocratie à l’épreuve du posthumain : médicalisation de la société, dépolitisation de la perfectibilité. Congrès AFSP 2009.
http://www.congresafsp2009.fr/sectionsthematiques/st51/st51ledevedec.pdf
Lee, R.L.M. 2008. Modernity, Mortality and Re-Enchantment: The Death Taboo Revisited. Sociology 42: 745-759.
Leget, C./ Borry, P. 2010. Empirical ethics: the case of dignity in end-of-life decisions. Ethical Perspectives 17, 231-252.
Leggewie, C./ Welzer, H. 2009. Das Ende der Welt, wie wir sie kannten. Frankfurt, Fischer.
Leibing, A. 2006. Divided gazes: Alzheimer's disease, the person within, and death in life. In: Leibing, A./ Cohen, L. (eds.) Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility. London, Rutgers Univ. Press, 240-268.
Lemke, T. 2004. Die politische Ökonomie des Lebens – Biopolitik und Rassismus bei Michel Foucault und Giorgio Agamben. In: Bröckling, U. et al. (Hg.), Disziplinen des Lebens, Tübingen, 257-274.
Lemke, T. 2007. Gouvernementalität und Biopolitik. Wiesbaden, VS Verlag.
Lengwiler, M./ Madarász, J. 2010. Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In: dies. (Hg.), Das präventive Selbst. Bielefeld, transcript, 11-28.
Lenzen, W./ Strenge, H./ Wittkowski, J. 2011. Fragwürdiges zu Leben, Sterben und Tod. In: Wittkowski/ Strenge/ Lenzen, 190-210.
Leonardi, M. et al. 2012. Burden and needs of 487 caregivers of patients in vegetative state and in minimally conscious state: Results from a national study. Brain Injury 26, 10, 1201-1210.

Leonhard, N./ Werkner, I.-J. (Hg.) 2005. Militärsoziologie - Eine Einführung. Wiesbaden, VS Verlag.
Leppert, K./ Hausmann, C. 2007. Mors certa ... hora incerta oder der Umgang mit der Ungewissheit des Sterbens. In: van Oorschot/ Anselm (Hg), 100-108.
Lester, D. 2003. Fixin' to die. A compassionate guide to committing suicide or staying alive. Amityville, NY, Baywood.
Lester, D. 2006. Can suicide be a good death? Death Studies 30, 511-528.
Lester, D. 2012. Gaia, Suicide and Suicide Prevention. Suicidology Online 3:51-58.
Levy, N. 2008. Slippery slopes and physician-assisted suicide. In: Birnbacher/ Dahl (eds.), 11-22.
Lewis, J.M. et al. 2011. Dying in the Margins: Understanding Palliative Care and Socioeconomic Deprivation in the Developed World. Journal of Pain and Symptom Management 42, 105-115.
Li. R./ Orleans, M. 2002. Personhood in a World of Forgetfulness: An Ethnography of the Self-Process Among Alzheimer’s Patients. Journal of Aging and Identity, 7, 4, 227-244.
Lindemann, G. 2001. Die Interpretation „hirntot“. In: Schlich, T./Wiesemann, C. (Hg.): Hirntod. Frankfurt, 318-343.
Lindemann, G. 2004. Menschenwürde und Lebendigkeit. In: Klein, E./ Menke, C. (Hg.), Menschenrechte und Bioethik. Berlin, BWV, 146-173.
Link, J. 2006. Versuch über den Normalismus : wie Normalität produziert wird. 3. Aufl. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
Lock, M. 2008. Verführt von „Plaques“ und „Tangles“: die Alzheimer-Krankheit und das zerebrale Subjekt. In: Niewöhner, J./ Kehl, C./ Beck, S. (Hg.), Wie geht Kultur unter die Haut? Bielefeld, transcript, 55-80.
Lock, M./ Nguyen, V.-K. 2010. An anthropology of biomedicine. Chichester, UK.
Loewenstein, G./ Brennan, T./ Volpp, K.G. 2007. Asymmetric Paternalism to Improve Health Behaviors. JAMA 298, No. 20, 2415-2417.
Lopez, P.J./ Gillespie, K.A. 2015. Introducing conomies of death. In: Lopez, P.J./ Gillespie, K.A. (eds.) Economies of death. London, Routledge, 1-13.
Ludwig-Mayerhofer,W./ Kühn, S. 2010. Bildungsarmut, Exklusion und die Rolle von sozialer Verarmung und Social Illiteracy. In: Quenzel, G./ Hurrelmann, K. (Hg.), Bildungsverlierer: Neue Ungleichheiten. Wiesbaden, VS Verlag.
Lüddemann, S. 2010. Kultur. Eine Einführung. Wiesbaden, VS Verlag.
Luhmann, N. 1981. Vorbemerkungen zu einer Theorie sozialer Systeme. In: Soziologische Aufklärung 3: Soziales System, Gesellschaft, Organisation. Opladen, Westdeut. V., 11-24.
Luhmann, N. 1992. Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankft., Suhrkamp.
Luhmann, N. 1998. Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankft., Suhrkamp.
Lukas, A. 2008. Schmerzmessung im Alter. Schmerztherapie 24,4, 5-7.
Luper, S. 2009. The philosophy of death. Cambridge, Cambridge Univ. Press.
Macho, T. 2004. Religion, Unsterblichkeit und der Glaube an die Wissenschaft. In: Liessmann, K.P. (Hg.), Ruhm, Tod und Unsterblichkeit, Wien, Zsolnay, 261-277.
Macho, T./ Marek, K. (Hg.) 2007. Die neue Sichtbarkeit des Todes. München, Fink.
MacLeod, S. 2012. Assisted dying in liberalised jurisdictions and the role of psychiatry: A clinician's view. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry online 16 January 2012.
Madea, B./ Dettmeyer, R. 2007. Basiswissen Rechtsmedizin. Heidelberg, Springer.
Mäkinen, I.H. 2009. Social theories of suicide. In: Wasserman, D./ Wasserman, C. (eds.), Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford, Oxford Univ. Press, 139-147.
Mahlberg, R./ Gutzmann, H. (Hg.) 2009. Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.
Maltsberger, J.T. et al. 2010. Suicide Fantasy as a Life-Sustaining Recourse. The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry 38, 4, 611-623.
Manfredini, I. 2014. Suizidalität hochbetagter Menschen als Herausforderung für PsychotherapeutInnen. soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit. Nr. 11. Printversion: http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/327/549.pdf.
Manning, J. 2010. "Suicide as Fight and as Flight". Paper presented at the ASC Annual Meeting, San Francisco, California, Nov 17, 2010 <http://www.allacademic.com/meta/p436402_index.html>
Marckmann, G. 2006. Public Health und Ethik. In: Schulz et al. (Hg.), 209-223.
Marckmann, G./ Siebert, U. 2008. Nutzenmaximierung in der Gesundheitsversorgung. Eine ethische Problemskizze. In: Gethmann-Siefert, A./ Thiele, F. (Hg.), Ökonomie und Medizinethik. München, Fink, 111-140.
Marquet, R.L. et al. 2003. Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. BMJ 327:201-2.
Marsh, I. 2010. Suicide. Foucault, history and truth. Cambridge, Cambridge Univ. Press.
Marshall, J. 2010. Social disorder as a social good. Cosmopolitan Civil Societies J. 2, 1, 21-46.
Masson J. D. 2002. Non-professional perceptions of "good death": a study of the views of hospice care patients and relatives of deceased hospice care patients. Mortality 7, 191-209.
Mattelart, A. 2007. La globalisation de la surveillance. Paris, La Découverte.

Mayr, J. 2012. Sollte der Mensch das Recht haben über das Ende seines Lebens frei bestimmen zu können? Diplomarbeit, Univ. Wien.
McInerney, F. 2006. Heroic frames: discursive constructions around the requested death movement in Australia in the late-1990s. Soc. Sc. Med. 62, 654-667.
McKeown, K. et al. 2010. Dying in hospital in Ireland: an assessment of the quality of care in the last week of life: National audit of end-of-life care in hospitals in Ireland, 2008/9. http://epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=icubhrep
McNamara, B. 2001. Fragile lives. Death, dying and care, Buckingham.
McNamara, B./ Rosenwax, L. 2007. The mismanagement of dying. Health Soc. Rev. 16, 373-383.
McPherson, C.J. et al. 2007. Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. Soc. Sc. Med. 64, 417-427.
Mehnert, A./ Schröder, A.S./ Koch, U. 2008. Einstellungen von Medizinstudenten zu den Themen Würde und würdevolle Versorgung von Patienten. Palliativmedizin 9, 126-131.
Mercier, J. 2012. Undue interpretation of European experiences with assisted death. CMAJ. http://www.cmajopen.com/content/184/11/1227.full/reply#cmaj_el_713756.
Mergel, T. 1999. Der Funktionär. In: Frevert, U./ Haupt, H.-G. (Hg.), Der Mensch des 20. Jahrhunderts. Frankfurt, Campus, 278-300.
Merkel, G./ Häring, D. 2015. Pro organisierte Suizidbeihilfe. Ethik in der Medizin 163-166.
Merkel, R. 2002. Forschungsobjekt Embryo. Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen. München, DTV.
Merkel, R. 2010. Das Dammbruch-Argument in der Sterbehilfe-Debatte. In: Fateh-Moghadam, B./ Sellmaier, S./ Vossenkuhl, W. (Hg.), Grenzen des Paternalismus. Stuttgart, Kohlhammer, 285-300.
Metzinger, T. 2009. Der EGO Tunnel. Berlin, Berlin Verlag.
Miah, A./ Rich, E. 2010. The bioethics of cybermedicalization. In: Nayar, P.K. (ed.), The new media and cybercultures anthology. Chichester, Wiley, 209-220.
Michaels, D. 2008. Doubt is their product. How industry's assault on science threatens your health. Oxford, Oxford Univ. Press.
Midlarsky, M.I. 2005. The killing trap. Cambridge, Cambridge Univ. Press.
Mieth, D. 2009. Sterben im 21. Jahrhundert – Herausforderung für die christlichen Kirchen und ihre Verbände. Tagung Leben am Lebensende, Berlin, 27./28. März 2009. http://www.gruene-bundestag.de/cms/archiv/dokbin/278/278507.leben_am_lebensende_forum_iii_mieth.pdf
Mihály, P. 2009. Euthanasie auf dem Vormarsch? Palliativmediziner warnen vor „Dammbruch“. Imago Hominis 16(2), 96-97.
Minder, J. 2010. Demenz und Urteilsfähigkeit: Wie urteilsfähig ist der Mensch mit Demenz? In: Christen, M./ Osman, C./ Baumann-Hözle, R. (Hg.), Herausforderung Demenz. Bern, Lang, 127-138.
Misztal, B.A. 2012. The idea of dignity: Its modern significance. European Journal of Social Theory. Online.
Mitchell, E.A. 2009. Phenomenological psychological autopsies: a survivor driven model for understanding suicide. Master Thesis. The University of Texas at Arlington.
Mitchell, J. 2010. Physician-assisted suicide and dementia: the impossibility of a workable regulatory regime. Oregon Law Rev. 88. Seattle University School of Law Research Paper No. 10-14.
Moll, P. 2008. Wissenschaft im Wandel. In: Feit, U./ Zander, U. (Hg.), Vilmer Handlungsempfehlungen zur Förderung einer umsetzungsorientierten Biodiversitätsforschung in Deutschland, BfN – Skripten 223, 47-55. http://www.bfn.de/fileadmin/MDB/documents/service/skript223.pdf#page=49
Moorman, S.M. 2011. Older Adults' Preferences for Independent or Delegated End-of-Life Medical Decision Making. J Aging Health 23: 135-157.
Moreira, T. 2010. Now or later? Individual disease and care collectives in the memory clinic. In: Mol, A./ Moser, I./ Pols, J. (eds.), Care in practice. Bielefeld, transcript, 119-140.
Müller-Busch, H.C. 2004. Sterbende sedieren? Z Palliativmed 5, 107-112.
Müller-Busch, H.C. 2007. Vom Umgang mit Angst und Depressionen in der Palliativbetreuung. In: Knipping (Hg.), 307-315.
Müller-Busch, H.C. et al. 2002. Einstellung und Erfahrung von Ärzten zur vorzeitigen Lebensbeendigung bei unerträglichem Leid – eine Befragung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Berlin.
Münch, R. 2009. Die Inszenierung wissenschaftlicher Exzellenz. In: Willems, H. (Hg.), Theatralisierung der Gesellschaft : Band 1: Soziologische Theorie und Zeitdiagnose. Wiesbaden, VS Verlag.
Münkler, H. 2006. Der Wandel des Krieges. Weilerswist, Velbrück.
Münkler, H. 2010. Sicherheit und Freiheit. Eine irreführende Oppositionssemantik der politischen Sprache. In: Münkler, H./ Bohlender, M./ Meurer, S. (Hg.), Handeln unter Risiko, Bielefeld, transcript, 13-32.
Münkler, H./ Fischer, K. 2000. „Nothing to kill or die for …“ – Überlegungen zu einer politischen Theorie des Opfers. Leviathan 28, 343-362.
Murray, CJL et al. 2006. Eight Americas: Investigating Mortality Disparities across Races, Counties, and Race-Counties in the United States. PLoS Med 3(9): e260. doi:10.1371/journal.pmed.0030260. http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030260#pmed-0030260-g001

Musil, R. 1978. Gesammelte Werke. 9 Bde. Reinbek.
Nassehi, A. 2003. Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft. Frankfurt, Suhrkamp.
Nassehi, A. 2004. Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses. „Selbstbestimmung am Lebensende“ – Öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates, Münster. http://www.ethikrat.org/publikationen/pdf/Tagungen_2004_Wie_wir_sterben+Selbstbestimmung_am_Lebensende.pdf
Nassehi, A. 2008. Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwarten. In: Saake/ Vogd (Hg.), 379- 397.
Nassehi, A. 2009. Spiritualität. Ein soziologischer Versuch. In: Frick/ Roser, 35-44.
Nassehi, A. 2010. Asymmetrien als Problem und als Lösung. In: Fateh-Moghadam, B./ Sellmaier, S./ Vossenkuhl, W. (Hg.), Grenzen des Paternalismus. Stuttgart, Kohlhammer, 341-356.
Nationaler Ethikrat (Hg.). 2006a. Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Berlin.
Nationaler Ethikrat (Hg.) 2006b. Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Berlin.
Neckel, S. 2010. Refeudalisierung der Ökonomie. Zum Strukturwandel kapitalistischer Wirtschaft. MPIfG Working Paper 10/6. Köln.
Neckel, S. et al. (Hg.) 2010. Sternstunden der Soziologie. Frankfurt, Campus.
Nederveen Pieterse, J. 2005. Global inequality: bringing politics back in. In: Calhoun, C. et al. (eds.), The Sage handbook of sociology, London, 423-441.
Nederveen Pieterse, J. 2010. Development theory. 2. ed. London, SAGE.
Neilson, B. 2012. Ageing, Experience, Biopolitics: Life's Unfolding. Body & Society 18, 44-71.
Neitzke, G. et al. 2009. Sedierung am Lebensende: Eckpunkte für einen verantwortungsvollen Umgang. In: Vollmann, J./ Schildmann, J./ Simon, A. (Hg.), Klinische Ethik, Frankft., 185-207.
Neitzke, G. et al. 2010. Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Ethik Med 22:139–147.
Neuberger, O. 2002. Führen und führen lassen. Ansätze, Ergebnisse und Kritik der Führungsforschung. 6. Aufl. Stuttgart, UTB.
Neuberger, O. 2006. Mikropolitik und Moral in Organisationen. 2. Aufl. Stuttgart, Lucius & Lucius.
Neumann, G. 2012. Aus humanistischer Praxis: Suizidprävention, -konfliktberatung und Begleitung. In: dies. (Hg.), Suizidhilfe als Herausforderung. Aschaffenburg, Alibri, 191-234.
Nicholson, C. et al. 2012. Living on the margin: Understanding the experience of living and dying with frailty in old age. Soc. Science & Medicine 75, 1426-1432.
Niederkrotenthaler, T. et al. 2010. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. BJP 197:234-243.
Nietzsche, F. 1906. Menschliches, Allzumenschliches. In: ders., Nietzsches Werke, Bd. 3, Leipzig.
Nishiyama, A. 2010. Exploring Suicide in Japan: In the Light of Mental Illness and Socioeconomic Factors. http://gakkai.sfc.keio.ac.jp/dp_pdf/10-04.pdf
Nordenfeldt, L. 2003. Dignity and the care of the elderly. Medicine, Health Care and Philosophy 6, 103-110.
Norwood, F. 2009. The maintenance of life. Preventing social death through euthanasia talk and end-of-life care – lessons from the Netherlands. Durham, Carolina Academic Press.
Nuland, S.B. 1994. Wie wir sterben: ein Ende in Würde? München, Kindler.
Null. G. et al. o.J. Death by medicine. http://www.yourdoctorisaliar.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/DeathByMedicine.pdf
Nunner-Winkler, G. 2004. Überlegungen zum Gewaltbegriff. In: Heitmeyer, W. / Soeffner, H.-G. (Hg.), Gewalt. Frankfurt am Main, 21-61.
Nussbaumer, J./ Exenberger A. 2008. Hunger und der Stille Tod. Sieben „Brosamen” zu einem vernachlässigten Thema. Aktuel Ernahrungsmed 33(1): 26-30.
Oduncu, F.S. 2007. In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
Oduncu, F.S./ Eisenmenger, W. 2002. Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung. Eine kritische Bestandsaufnahme im internationalen Vergleich. MedR 20, 327-337.
Oduncu, F. S./ Hohendorf, G. 2011. Assistierter Suizid: Die ethische Verantwortung des Arztes. Dtsch Arztebl 108(24): A 1362–4. http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=93852
Österlind, J. et al. 2011. A discourse of silence : professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. Ageing & Society 31, 2011, 529–544.
Ogden, R.D. 2010. Suicide, Canadian law, and Exit International’s “Peaceful Pill”. Health Law in Canada 31, 2, 37-64.
Ohnsorg, K./ Rehmann-Sutter, C. 2010. Menschen, die sterben möchten. Empirische Studien in der Palliativmedizin und ihre ethischen Implikationen. In: A. Hilt / A. Frewer / I. Jordan (Hg.): Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit: Geschichte – Theorie – Ethik . Stuttgart: Steiner Verlag, 249-270.
Ojakangas, M. 2012. Michel Foucault and the enigmatic origins of bio-politics and governmentality. History of the Human Sciences 25: 1-14.

Oorschot, B. van/ Anselm, R. (Hg.) 2007. Mitgestalten am Lebensende. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
Ost, S. 2010. The de-medicalisation of assisted dying: is a less medicalised model the way forward? Med Law Rev 18 (4): 497-540.
Ost, S./ Mullock, A. 2011. Pushing the Boundaries of Lawful Assisted Dying in the Netherlands? Existential Suffering and Lay Assistance. European Journal of Health Law 18, 163-189.
Ostgathe, C./ Galushko, M./ Voltz, R. 2010. Hoffen auf ein Ende des Lebens? Todeswunsch bei Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung. In: Frewer, A./ Bruns, F./ Rascher, W. (Hg.), Hoffnung und Verantwortung. Herausforderungen für die Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik Bd. 3. Würzburg, Königshausen & Neumann, 247-256.
Ostwald, S.K./Duggleby, W./ Hepburn, K.W. 2002. The stress of dementia: View from the inside. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 17, 5, 303-312.
Otani, I. 2010. “Good Manner of Dying” as a Normative Concept: “Autocide,” “Granny Dumping” and Discussions on Euthanasia/Death with Dignity in Japan. International Journal of Japanese Sociology 19, 49-63.
Otto, A. 2009. Patientenverfügungen nach dem neuen Recht. Norderstedt, Grin Verlag.
Owens, C./ Lambert, H. 2012. Mad, Bad or Heroic? Gender, Identity and Accountability in Lay Portrayals of Suicide in Late Twentieth-Century England. Cult Med Psychiatry 36:348-371.
Ozawa-de Silva, C. 2010. Shared Death: Self, Sociality and Internet Group Suicide in Japan. Transcultural Psychiatry, vol. 47, no. 3.
Page, S. 2010. Never say die: CPR in hospital space. In: Hockey, J./ Komaromy, C./ Woodthorpe, K. (eds.), The matter of death. Bassingstoke, Palgrave, 19-34.
Pankratz, A./ Viol, C.-U. 2012. Introduction. Liminality, Power, and Performance. In: Pankratz, A./ Viol, C.-U./ de Waal, A. (eds.), Birth and Death in British Culture: Liminality, Power, and Performance. Newcastle, Cambridge Scholars Publ., 1-14.
Parker, D. 2011. Residential aged care facilities. Cultural Studies Rev. 17, 31-51.
Parsons, T. / Fox, R. C./ Lidz, V. M. 1973. The "gift of life" and its reciprocation, in: Mack, A. (ed.), Death in American experience, New York, 1-49.
Pasman, HRW et al. 2009. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. BMJ 339: b4362.
Patterson, O. 1982. Slavery and social death - a comparative study. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Pr.
Payne, SA /Langley-Evans, A. /Hillier, R. 1996. Perceptions of a 'good' death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. Palliative Medicine 10, 4, 307-312.
Pereira, J. 2011. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. Curr Oncol. 18(2): e38–e45.
Perkins, M.M. et al. 2012. Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults. J Aging Studies.
Pestian, J. P., Matykiewicz, P., & LinnGust, M. 2012. What’s in a note: Construction of a suicide note corpus. Biomedical Informatics Insights, 5, 1–6.
Petermann, F.T. (Hg.) 2006. Sterbehilfe - Grundsätzliche und praktische Fragen. St. Gallen.
Peters, H. 2009. Devianz und soziale Kontrolle. Eine Einführung in die Soziologie abweichenden Verhaltens. 3. Aufl. München, Juventa.
Phillips, M.R. 2010. Rethinking the Role of Mental Illness in Suicide. Am J Psychiatry 167, 731-733.
Pierce, J./ Jameton, A. 2010. New ways of thinking about bioethics. In: Pierce/ Randels, 681-690.
Pierce, J./ Randels, G. 2010. Contemporary bioethics. New York, Oxford Univ. Press.
Pilgrim, D./ Bentall, R. 1999. The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression. Journal of Mental Health 8, 3, 261- 274.
Pinker, S. 2011. Gewalt. Eine neue Geschichte der Menschheit. Frankfurt, Fischer.
Pleschberger, S. 2004. "Bloß nicht zur Last fallen!" Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Diss. Univ. Gießen.
Pöltner, Günther. 2015. Das Problem einer gesetzlichen Regelung von Extremfällen. In: Hoffmann, T.S./ Knaup, M. (Hg.), Was heißt: In Würde sterben? Wiesbaden, Springer,79-99.
Pöttker, H./ Meyer, T. (Hg.) 2004. Kritische Empirie. Lebenschancen in den Sozialwissenschaften. Wiesbaden, VS Verlag.
Pogge, T. 2005. Human rights and global health: a research program. Metaphilosophy 36, 182-209.
Pogge, T. 2007. Severe poverty as human rights violation. In: Pogge, T. (ed.), Freedom from poverty as a human right, Oxford, 11-54.
Pogge, T. 2009. Medicines for the world: Boosting innovation without obstructing free access. In: Mack, E. et al. (eds.), Absolute poverty and global justice, Farnham, Ashgate, 193-218.
Pogge, T. 2010. Politics as usual. What lies behind the pro-poor rhetoric. Cambridge, Polity.
Pollmann, A. 2011. Embodied self-respect and the fragility of human dignity: a human rights approach. In: Kaufmann, P. et al. (eds.), Humiliation, degradation, dehumanization. Human dignity violated. Dordrecht, Springer, 243-261.

Pompili, M. 2011. Evidence-based practice in suicidology: what we need and what we need to know. In: Pompili/ Tatarelli, 3-26.
Pompili, M./ Tatarelli, R. (eds.) 2011. Evidence-based practice in suicidology: a source book. Cambridge, MA, Hogrefe.
Popitz, H. 1992. Phänomene der Macht. 2. erw. Aufl. Tübingen.
Prado, C. G. 1998. The last choice: Preemptive suicide in advanced age (2nd ed.). Westport: Praeger.
Proctor, R./ Schiebinger, L. (eds.) 2008. Agnotology: the making and unmaking of ignorance. Stanford, Stanford UP.
Prokopetz, J.J.Z./ Lehmann, L.S. 2012. Redefining Physicians' Role in Assisted Dying. New England Journal of Medicine 367, 2, 97-99.
Putnam, R.D. (Hg.) 2001. Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Gütersloh, Bertelsmann.
Quenzel, G./ Hurrelmann, K. 2010. Bildungsverlierer: Neue soziale Ungleichheiten in der Wissensgesellschaft. In: dies. (Hg.), Bildungsverlierer: Neue Ungleichheiten. Wiesbaden, VS Verlag.
Radbruch, L. et al. 2008. Das Lebensende gestalten. Vorstellungen von Palliativpatienten zu Patientenverfügungen, Sterbewunsch und aktiver Sterbehilfe. Z. Palliativmed. 9, 27-32.
Rajan, K.S. 2006. Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life. Durham: Duke University Press.
Raus, K./ Sterckx, S./ Mortier, F. 2011. Continuous Deep Sedation At The End Of Life And The 'Natural Death' Hypothesis. Bioethics Online: 17 Jan 2011.
Raven, U. 2009. Zur Bewältigung der ‚Seneszenzkrise' – Bedingungen einer professionalisierten Hilfe für Menschen im ‚Vierten Lebensalter'. In: Bartmann, S. et al. (Hg.) Natürlich stört das Leben ständig : Perspektiven auf Entwicklung und Erziehung. Wiesbaden, VS Verlag.
Rehbein, B./ Saalmann, G. 2009. Feld. In: Fröhlich, G./ Rehbein, B. (Hg.), Bourdieu Handbuch. Stuttgart, Metzler, 99-103.
Rehmann-Sutter, C. 2008. Wie weit reicht die öffentliche Verantwortung für Gesundheit? Schweizerische Ärztezeitung 89, 28/29, 1300-1303.
Renz, M. 2008. Was ist gutes, was ist würdiges Sterben? Was uns Sterbende lehren. http://www.monikarenz.ch/_files/Vortrag_Einsiedeln_Bioethikkommission_2008.pdf
Rest, F./ Witteler, U. 2005. Sterben und soziale Arbeit. In: Brüning, A./ Piechotta, G. (Hg.), Die Zeit des Sterbens, Berlin, 101-127.
Richards, N. 2012. The fight-to-die: older people and death activism. International Journal of Ageing and Later Life, Advance access.
Rietjens, JAC et al. 2006. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. Palliative Medicine 20, 685-692.
Robert-Koch-Institut. 2004. Gesundheitsbezogene Lebensqualität. http://www.rki.de/cln_100/nn_205154/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Lebensqualitaet/lebensqualitaet__node.html?__nnn=true
Roberts, D. 2010. Global governance and biopolitics. Regulating human security. London, Zed Books.
Robertson-von Trotha, C.Y. 2008. Ist der Tod bloß der Tod? Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft - ein thematischer Umriss. In: dies. (Hg.), 9-18.
Robertson-von Trotha, C.Y. (Hg.) 2008. Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft. Baden-Baden, Nomos.
Robinson, W.I. 2005. Globalisation and democracy. Is it possible to forge a transitional popular project? In: Callan, R./ Graham. P. (eds.) Democracy in the time of Mbeki. Institute for Democracy in South Africa. Cape Town, 105-118. http://www.afrimap.org/english/images/documents/file428b50903c059.pdf#page=111.
Rössel, J. 2009. Sozialstrukturanalyse. Wiesbaden, VS Verlag.
Rogers, J.R./ Lester, D. 2010. Understanding suicide. Why we don't and how we might. Cambridge, MA, Hogrefe.
Rosa, H. 2005. Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. 2. Aufl. Frankfurt, Suhrkamp.
Rosa, H./ Strecker, D./ Kottmann, A. 2007. Soziologische Theorien. Konstanz, UVK.
Rose, N. 1999. Powers of freedom. Cambridge, Cambridge UP.
Rose, N. 2007. The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton, Princeton Univ. Press.
Rose, N. 2008. The value of life: somatic ethics & the spirit of biocapital. Daedalus 137, 1, 36-48.
Rose, N. 2009. Was ist Leben? Versuch einer Wiederbelebung. In: Weiß (Hg.), 152-178.
Rosenberg, J. 2011. Whose business is dying? Cultural Studies Rev. 17, 1, 15-30.
Rosenfeld, J.M./ Tardieu, B. 2000. Artisans of democracy: how ordinary people, families in extreme poverty, and social institutions become allies to overcome social exclusion. Lanham, Univ. Press of America.
Roselli, M. 2007. Die Asbestlüge. Rotpunktverlag.
Roth, G. 2009. Das Leiden älterer Menschen im deutschen Wohlfahrtsstaat: Probleme, Hintergrund und Perspektiven einer professionellen Altenhilfe und Sozialarbeit. München. http://www.rothguenter.de/Texte/Roth_2009_Altenhilfe.pdf

Rothman, B.K./ Armstrong, E.M./ Tiger, R. (eds.) 2008. Bioethical issues, sociological perspectives. Oxford, Elsevier.
Roudaut, K. 2012. Ceux qui restent. Une sociologie du deuil. Rennes, Presses Universitaire de Rennes.
Roxin, C. 2001. Lebensschutz im Strafrecht. Einführung und Überblick. www.kcla.net/download.red?fid=79
Rubin, E. 2010. Assisted Suicide, Morality, and Law: Why Prohibiting Assisted Suicide Violates the Establishment Clause. Vanderbilt Law Review 63, 763-811.
Rüegger, H. 2012. Zusammenfassung des Referats ‚Autonomie, Würde und Alter‘. Tagungsbericht: FORUM Suizidprävention im Alter, Institut Rüschlikon. http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praeventition/programme_projekte/BPGFA/Tagung_Suizidpraevention_Alter.pdf.
Ruß, H.G. 2002. Aktive Sterbehilfe: Ungereimtheiten in der Euthanasie-Debatte. Ethik Med 14, 11-19.
Ryser-Düblin, P./ Zwicky-Aeberhard, N./ Gürber, R. 2008. Hilfe beim oder Hilfe zum Sterben? Schweizerische Ärztezeitung 89, 28/29.
Saake, I. 2008. Moderne Todessemantiken. Symmetrische und asymmetrische Konstellationen. In: Saake, I./ Vogd, W. (Hg.), 237-262.
Saake, I./ Vogd, W. (Hg.) 2008. Moderne Mythen der Medizin. Wiesbaden, VS Verlag.
Sahm, S. 2008. Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. In: Charbonnier, R./ Dörner, K./ Steffen, S. (Hg.), Medizinische Indikation und Patientenwille, Stuttgart, Schattauer, 121-131.
Sahm, S. 2010. Sterbehilfe – medizinethisch. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler, 229-233.
Salis Gross, C. 2001. Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim. Frankfurt, Campus.
Sassen, S. 2014. Expulsions. Brutality and complexity in the global economy. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press.
Savage, S./ Carvill, N. 2009. The relationship between undertaking an informal caring role and social exclusion. In: Taket, A. et al. (eds.), Theorising social exclusion. London, Routledge, 87-94.
Savell, K. 2011. A Jurisprudence of Ambivalence. Three Legal Fictions Concerning Death and Dying. Cultural Studies Rev. 17, 1, 52-80.
Schade, C./ Pimentel, D. 2010. Population crash: prospects for famine in the twenty-first century. Environment, Development and Sustainability 12, 2, 245-262.
Schaefer, C./ Dubben, H.H./ Weißbach, L. 2011. Wer sorgt hier vor? Oder: Wem die Krebsfrüherkennung nutzt. Onkologe 17, 220-234.
Schäfer, D. et al. (Hg.) 2008. Gesundheitskonzepte im Wandel. Stuttgart, Steiner.
Schäfer, D./ Müller-Busch, C./ Frewer, A. 2012. Sterbekultur und Sterbekunst. Können wir im 21. Jahrhundert noch sterben lernen? In: Dies. (Hg.), Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova? Stuttgart, Franz Steiner, 199-202.
Schaffner, S./ Spengler, H. 2005. Der Einfluss unbeobachteter Heterogenität auf kompensatorische Lohndifferentiale und den Wert eines Statistischen Lebens: Eine mikroökonometrische Parallelanalyse mit IABS und SOEP. http://www.diw-berlin.de/documents/publikationen/73/43927/dp539.pdf.
Schaupp, W. 2012. Entscheidungen unter Ungewissheit – am Beispiel von Wachkomapatienten. In: Bormann F.-J. / Borasio G. D. (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/New York: de Gruyter, 396-410.
Schelsky, H. 1959. Schule und Erziehung in der industriellen Gesellschaft. Würzburg, Werkbund.
Scheper-Hughes, N. 2009. Der globale Handel mit menschlichen Organen. In: Randeria, S. / Eckert, A. (Hg.), Vom Imperialismus zum Empire, Frankft., Suhrkamp, 273-308.
Schiefer, F. 2007. Die vielen Tode. Individualisierung und Privatisierung im Kontext von Sterben, Tod und Trauer in der Moderne. Berlin, LIT.
Schiller, N.G./ Fouron, G. 2003. Killing me softly. Violence, globalization and the apparent state. http://www.aaanet.org/sections/aba/htdocs/Killingmesoftly.pdf
Schimank, U. 2010. Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurtheoretische Soziologie. 4. Aufl. München, Juventa.
Schleiniger, R. 2006. Der Wert des Lebens aus ökonomischer Sicht: Methoden, Empirie, Anwendungen. Zürcher Hochschule Winterthur. http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/management/wig/forschung/pdf/bericht_wert_des_lebens.pdf
Schlimme, J.E. (Hg.) 2007. Unentschiedenheit und Selbsttötung. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
Schlink, B. 2011. Die Würde in vitro. Zur Debatte des Bundestags um die Präimplantationsdiagnostik. Der Spiegel Nr. 25, 30-31.
Schmid, G.B. 2010. Tod durch Vorstellungskraft : Das Geheimnis psychogener Todesfälle. 2. Aufl. Berlin, Springer.
Schnabel, P.-E. 2008. Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. Ungleichheitsverringernde Gesundheitsförderung – Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In: Bauer/ Bittlingmayer/ Richter, 480-510.

Schneider, C. 2011. Das Subjekt der Euthanasie. Münster, Westfälisches Dampfboot.
Schneider, K./ Garrett, L. 2009. The end of the era of generosity? Global health amid economic crisis. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 4:1.
Schneider, W. 1999. "So tot wie nötig - so lebendig wie möglich!" - Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne: Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland, Münster, LIT.
Schneider, W. 2006. Das gute Sterben? – Zur Institutionalisierung des Sterbens in der Hospiz- und Palliativarbeit. http://admin.fnst.org/uploads/1178/Vortrag_W._Schneider_11.11.06.pdf
Schneider, W. 2007. Vom Wissen um den Tod. Diskursive Wissenspolitiken am Beispiel von Hirntoddefinition und Organtransplantation. In: Ammon, S. et al. (Hg.), Wissen in Bewegung, Weilerswist, 200-220.
Schobert, K.F. 2006. Wie verbindlich sind verfassungsrechtliche Normen im Pflege- und Sterbealltag? Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11, 95-112.
Schockenhoff, E. 2003. Abgestufter Lebensschutz? Kirche und Gesellschaft, Nr. 304. http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5336/pdf/Schockenhoff_Abgestufter_Lebensschutz.pdf
Schockenhoff, E. 2008. Aus Mitleid töten? Der Auftrag des medizinischen Sterbebeistands aus ethischer Sicht. In: Robertson-von Trotha (Hg.), 69-74.
Schöffski, O. 2007. Nutzentheoretische Lebensqualitätsmessung. In: Schöffski, O./ Schulenberg, J.-M. Graf v. d. (Hg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3. Aufl. Berlin, Springer, 335-386.
Schöffski, O./ Greiner, W. 2007. Das QALY-Konzept als prominentester Vertreter der Kosten-Nutzwert-Analyse. In: Schöffski, O./ Schulenberg, J.-M. Graf v. d. (Hg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3. Aufl. Berlin, Springer, 95-138.
Schöne-Seifert, B. 2006. Ist ärztliche Suizidbeihilfe ethisch verantwortbar? In: Petermann (Hg.), 21-44.
Schöne-Seifert, B. 2007. Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart, Kröner.
Scholz, L. 2012. Der Tod als ästhetisches Experiment. Zeitschrift für Ästhetik und allgemeine Kunstwissenschaft, 57, 2, 321-332.
Schröder, A.S. 2008. Würde in der Behandlung schwer kranker Menschen. Diss. Univ. Hamburg.
Schröder, C. et al. 2003. Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. Psychother Psych Med 53, 334-343.
Schroer, M. 2001. Das Individuum der Gesellschaft. Frankfurt, Suhrkamp.
Schroer, M. 2009. Theorie reflexiver Modernisierung. In: Kneer, G./ Schroer, M. (Hg.), Handbuch soziologische Theorien, Wiesbaden, VS Verlag, 491-515.
Schroeter, K.R. 2007. Zur Symbolik des korporalen Kapitals in der „alterslosen Altersgesellschaft“. In: Pasero, U. (Hg.), Altern in Gesellschaft : ageing - diversity - inclusion. Wiesbaden, VS Verlag, 129-148.
Schüklenk, U. et al. 2011. End-of-Life Decision-Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End-of-Life Decision-Making. Bioethics 25 Number S1, 1–73.
Schultheis, F. 2009. Gesellschaftliche Desorientierung im neuen Geiste des Kapitalismus. http://www.scala.unisg.ch/org/scala/web.nsf/SysWebRessources/DP_Scala_0509_Schultheis/$FILE/DP_Scala_200905.pdf
Schulz, S. et al. (Hg.) 2006. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt, Suhrkamp.
Schulz Meinen, H. 2009. Das Grab im eigenen Garten: private Friedhöfe in Deutschland. Frankft., Fachhochschulverlag.
Schumann, E. 2006. Dignitas-Voluntas-Vita. Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht. Göttingen, Universitätsverlag.
Schweizerische Alzheimervereinigung. 2010. Umgang mit Suizidwünschen bei Menschen mit Demenz: Ein Forderungskatalog. In: Christen, M./ Osman, C./ Baumann-Hözle, R. (Hg.), Herausforderung Demenz. Bern, Lang, 179-186.
Scourfield, J. et al. 2012. Sociological autopsy: An integrated approach to the study of suicide in men. Social Science and Medicine 74, 466-473.
Seale, C. 1998. Constructing death: the sociology of dying and bereavement. Cambridge, Cambridge Univ. Press.
Seale, C. 2002a. Cancer heroics: a study of news reports with particular reference to gender. Sociology 36, 107-126.
Seale, C. 2002b. Media and health. London.
Seale, C. 2010. Death, dying, and the right to die. In: Bird, C.E. et al. (eds.), Handbook of medical sociology, 6.ed., Nashville, Vanderbilt UP, 210-225.
Seale, C./ Addington-Hall, J. 1994. Euthanasia: Why people want to die earlier. Social Science and Medicine 39, 647-654.
Seale, C. et al. 2014. The language of sedation in end-of-life care: The ethical reasoning of care providers in three countries. Health.
Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin 2010.
Seel, M. 1996. Über das Böse in der Moral. Merkur, Sonderheft Moral und Macht 50 (9/10), 772-780.

Seibert, A. et al. 1999. Erfahrungen professioneller Helfer und Helferinnen im Umgang mit Tod und Sterben: Einstellungen zur Sterbehilfe. Beiträge zur Thanatologie, H. 17. http://www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft17.pdf.
Seirafi, K. 2007. Die Krise des Subjekts als Grundlage neuerer Wissenschaftstheorie. In: Langner et al. (Hg.), 13-24.
Seligman, M. 2011. Eudaemonia: the good life. In: Brockman, J. (ed.), The mind. New York, HarperCollins.
Semino, Elena, Zsófia Demjén, and Veronika Koller. 2014. "'Good'and 'bad'deaths: Narratives and professional identities in interviews with hospice managers." Discourse Studies 16, 667-685.
Seymour, J.E. 2000. Negotiating natural death in intensive care. Soc. Science & Medicine 51, 1241-1252.
Seymour, J. E. 2001. Critical moments - Death and dying in intensive care. Buckingham.
Seymour, J.E. et al. 2002. Good deaths, bad deaths: older people's assessments of the risks and benefits of morphine and terminal sedation in end-of-life care. Health, Risk & Society, 4, 287-303.
Seymour, J.E. et al. 2004. Planning for the end of life: the views of older people about advance care statements. Social Science & Medicine 59, 57-68.
Seymour, J.E./ French, J. 2010. Dying matters: let's talk about it. BMJ 341:c4860
Seymour, J. et al. 2015. Using continuous sedation until death for cancer patients: A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. Palliative medicine 29, 48-59.
Sharry, J./ Darmody, M./ Madden, B. 2008. A solution-focused approach. In: Palmer, S. (ed.), Suicide. London, Routledge, 184-202.
Sher, L. 2012. What should we tell medical students and residents about euthanasia and assisted suicide? Aust N Z J Psychiatry 46, 2, 87-91.
Shneidman, E.S. 1995. The postself. In: Williamson, J.B./ Shneidman, E. S. (eds.), Death: Current perspectives, 4. ed., Mountain View, CA, Mayfield, 454-460.
Shou, K. et al. 2008. The (dis)appearance of the dying patient in generalist hospital and care home nurses' talk about the patient. Nursing Philosophy 9, 233–247.
Silverman, M.M. 2006. The language of suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior 36, 519-532.
Silverman, M.M. 2011. Challenges to Classifying Suicidal Ideations, Communications, and Behaviours. In: O'Connor, R./ Platt, S./ Gordon, J. (eds.) International Handbook of Suicide Prevention, Wiley, 9-25.
Simmel, G. 1996. Der Begriff und die Tragödie der Kultur. In: ders., Hauptprobleme der Philosophie / Philosophische Kultur. Gesammelte Essais. Frankfurt/Main, Suhrkamp, 385 - 416.
Simon, A. 2006. Ethische Probleme am Lebensende. In: Schulz, S. et al. (Hg.), 446-478.
Simon, A. 2007a. Selbstbestimmtes Sterben mit fremder Hilfe? In: Graumann, S./ Grüber, K. (Hg.), Grenzen des Lebens. Münster, LIT, 87-96.
Simon, A. 2010. Die Debatte um die ärztliche Beihilfe zum Suizid. Hessisches Ärzteblatt 1, 708-709.
Simon, E. 2007b. Euthanasie-Debatte an ausgewählten Beispielen im europäischen Vergleich. In: Knipping (Hg.), 564-575.
Sinclair, C. T. 2012. The Prolonged Dying Phase: When Perception Is Reality (425). Journal of pain and symptom management, 43, 2, 394-396.
Skinner, E.B. 2008. Menschenhandel. Sklaverei im 21. Jahrhundert. Bergisch Gladbach, Lübbe.
Slaby, J. 2010a. Zur Idee einer ‚*kritischen Neurowissenschaft*'. http://www.janslaby.com/pubs/ZurIdeeKNW_NEW.pdf
Slaby, J. 2010b. Steps towards a Critical Neuroscience. Phenom Cogn Sci 9:397–416.
Sloterdijk, P. 2009a. Du musst dein Leben ändern. Über Anthropotechnik. Frankft., Suhrkamp.
Sloterdijk, P. 2009b. Unruhe im Kristallpalast. Cicero, Januar 2009. http://www.cicero.de/97.php?ress_id=6&item=3334
Sloterdijk, P./ Heinrichs, H.-J. 2006. Die Sonne und der Tod. Frankft., Suhrkamp.
Small, N./ Froggatt, K./ Downs, M. 2007. Living and dying with dementia. Oxford, Oxford UP.
Small, N./ Rhodes, P. 2000. To ill to talk? User involvement and palliative care. London, Routledge.
Solomon, S./ Greenberg, J./ Pyszczynski, T. A. (2004): The cultural animal: Twenty years of terror management theory and research. In: Greenberg, J./ Koole, S.L./ Pyszczynski, T. A. (eds.): Handbook of experimental existential psychology. New York, 13–34.
Sowle, S.D. 1994-1995. A regime of social death: criminal punishment in the age of prisons. New York University Review of Law & Social Change 497, 498-565.
Spaemann, R. 2013. Die Vernünftigkeit eines Tabus, in: Spaemann, R. / Wannenwetsch, B.: Guter schneller Tod? Von der Kunst, menschenwürdig zu sterben, Basel, 9-40.
Spieker, M. 2004. Euthanasie und Gesellschaft. In: Beckmann, R./ Löhr, M./ Schätzle, J. (Hg.) Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe. Krefeld, SINUS, 11-20.
Spieker, M. 2005. Euthanasie - ein Bruch in der europäischen Rechtskultur. http://www.kath-info.de/euthanasie.html.
Spieker, M. 2015. Sterbehilfe? In: Hoffmann, T.S./ Knaup, M. (Hg.), Was heißt: In Würde sterben? Wiesbaden, Springer, 215-245.

Spittler, J.F. 2012. Organisierte Suizid-Beihilfe in Deutschland. Die Realität aus ärztlich-psychiatrischer Sicht. In: Neumann, G. (Hg.), Suizidhilfe als Herausforderung. Aschaffenburg, Alibri, 139-160.
Streckeisen, U. 1998. Vom Kampf gegen den Tod zur Strategie des Offenhaltens - Definitionsverzicht und Handlungsmacht der Medizin am Sterbebett. In: Becker/ Feldmann/ Johannsen (Hg.), 73-82.
Streckeisen, U. 2001. Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen.
Steinhauser, K.E. et al. 2000. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers. Annals of Internal Medicine 132, 825-832.
Strech, D. 2011. Priorisierung und Rationierung am Krankenbett: Eine Diskussion empirischer Studien. Onkologie 34 (Suppl. 1):16-19.
Stronegger, W.J. et al. 2011. Changing attitudes toward euthanasia among medical students in Austria. J. Med. Ethics 37, 227-229.
Student, J.-C. 2007. Warum wir kein Patientenverfügungs-Gesetz brauchen. Fünf Argumente. http://christoph-student.homepage.t-online.de/Downloads/Warum_wir_kein_Patientenverfuegungs-Gesetz_brauchen.pdf?foo=0.1888486570596703
Student, J.-C./ Student, K. 2007. Die Sicht eines Arztes: Fünf Thesen zum Umgang mit lebensverkürzenden Maßnahmen bei Menschen im Wachkoma. In: Napiwotzki, A./ Student, J.-C. (Hg.), Was braucht der Mensch am Lebensende? Stuttgart, 84-94.
Styhre, A. 2009. The Production of Informational Objects in Innovation Work: Pharmaceutical Reason and the Individuation of Illnesses. Ephemera 9,1, 26-43.
Sudak, H./ Maxim, K./ Carpenter, M. 2008. Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections. Acad Psychiatry 32, 136-142.
Swarte, N. et al. 2003. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross-sectional study. Brit Med J 327, 189-193.
Sweeting, H./ Gilhooly, M. 1997. Dementia and the phenomenon of social death. Sociology of Health & Illness 19,1, 93-117.
Szasz, T. 1999. Fatal freedom. The ethics and politics of suicide. Westport, Praeger.
Tännsjö, T. 2006. Zur Ethik des Tötens. Münster. LIT.
Tait, G. et al. 2015. Problems with the coronial determination of ‘suicide’, Mortality 20:3, 233-247.
Taket, A./ Foster, N./ Cook, K. 2009. Understanding processes of social exclusion: silence, silencing and shame. In: Taket, A. et al. (eds.), Theorising social exclusion. London, Routledge, 172-193.
Taylor, C. 1991. The ethics of authenticity. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Taylor, C. 1992. Negative Freiheit? Zur Kritik des neuzeitlichen Individualismus. (Orig. 1985). Frankft., Suhrkamp.
Taylor, J. 2010. On recognition, caring, and dementia. In: Mol, A./ Moser, I./ Pols, J. (eds.), Care in practice. Bielefeld, transcript, 27-56.
Teising, M. 2009. Psychodynamische Aspekte der Suizidalität im Alter. In: Adler, G. et al. (Hg.), Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Stuttgart, Kohlhammer, 85-89.
Terry, W. et al. 2006. Experience of dying: concerns of dying patients and of carers. Internal Medicine Journal 36, 338-346.
Theofilou, P. 2012. Evaluation of Quality of Life for Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease. J Alzheimers Dis, 2:1.
Therborn, G. 2013. The killing fields of inequality. Cambridge, Polity Press.
Timmermans, S. 1998. Social death as self-fulfilling prophecy: David Sudnow's Passing On revisited. The Sociological Quarterly 39, 453-472.
Timmermans, S. 1999. When death isn’t dead: implicit social rationing during resusciative efforts. Sociological Inquiry 69, 1, 51-75.
Timmermans, S. 2000. Technology and medical practice. In: Bird, C.E. et al. (eds.): Handbook of medical sociology. 5. ed., Upper Saddle River, NJ, 309-321.
Timmermans, S. 2005. Death brokering: constructing culturally appropriate deaths. Sociology of Health & Illness 27, 993-1013.
Timmermans, S. 2010. There’s more to dying than death: qualitative research on the end-of-life. In: Bourgeault, I. et al. (eds.), Sage handbook of qualitative methods in health research, London, Sage, 19-33.
Tolhurst, E./ Kingston. P. 2012. Understanding the experience of dementia: Utilising the theoretical insights of 'status passage'. Social Theory & Health 10, 2, 1–19.
Tomasini, F. 2012. A stoic defence of rational suicide. Med Health Care and Philos. Online.
Tirschmann, F. 2009. Tod und Menschlichkeit. In: Rebane G. et al. (Hg.), Humanismus polyphon. Bielefeld, transcript, 249-267.
Toynbee. A. u.a. (Hg.) 1970. Vor der Linie. Der moderne Mensch und der Tod. Frankfurt.
Trotta, R.L. 2010. Cultivating Knowing and Relationships: A Grounded Theory of Quality of Death in the Nursing Home. Diss., University of Pennsylvania.

Tucker KL, Steele FB 2007. Patient choice at the end of life: getting the language right. Journal of Legal Medicine 28: 305 ff.
Turner, B.S. 1996. The body and society. 2. ed. London, Sage.
Turner, B.S. 2009. Can we live forever? A sociological and moral inquiry. London, Anthem.
UNESCO. 2005. Explanatory Memorandum On The Elaboration Of The Preliminary Draft. Declaration On Universal Norms On Bioethics. Paris.
Värnik, P. 2012. Suicide in the World. Int. J. Environ. Res. Public Health 9, 760-771:
Valencia, R.R. 2010. Dismantling contemporary deficit thinking: Educational thought and practice. New York, Routledge.
Valentine, C. 2008. Bereavement narratives. Continuing bonds in the twenty-first century. London, Routledge.
Vamos, M.J. 2012. Physician-assisted suicide: Saying what we mean and meaning what we say. Aust N Z J Psychiatry 46 no. 284-286.
Van Brussel, L. o.J. The discursive construction of the dying subject : mapping the complexity of an end-of- life care context. http://www.vub.ac.be/SCOM/cemeso/attachment/WP_LVB_discursive_construction.pdf.
Van der Heide, A. et al. 2007. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. N Engl J Med 356:1957-65.
Van der Heide, A./ Rietjens, J. 2012. End-of-life decisions. In: Cohen, J./ Deliens, L. (eds.) A Public Health Perspective on End of Life Care. Oxford, Oxford UP, 50-59.
Van der Geest, S. 2004. Is waardige zelfdoding mogelijk. Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 35(3):93-95.
Van Hooff, A.J.L. 1990. From autothanasia to suicide. Self-killing in classical antiquity. London, Routledge.
Van Wesemael et al. 2011. Process and Outcomes of Euthanasia Requests Under the Belgian Act on Euthanasia: A Nationwide Survey. Journal of Pain and Symptom Management 42 No. 5, 721-733.
Van Wijngaarden, E., Leget, C. and Goossensen A. 2015. Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. Social Science & Medicine 138, 257-264.
Veenhoven, R. 2000. The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. J. Happiness Studies 1, 1-39.
Verbakel, E./ Jaspers, E. 2010. A comparative study on permissiveness toward euthanasia. Public Opinion Quarterly 74, 109-139.
Verbeek, B. 2010. Sterblichkeit: der paradoxe Kunstgriff des Lebens. Eine Betrachtung vor dem Hintergrund der modernen Biologie, in: J. Oehler (Hg.), Der Mensch – Evolution, Natur und Kultur, Berlin, 59–73.
Viehöfer, W. 2006. Kategoriale Uneindeutigkeiten an den Grenzen zwischen Natur und Gesellschaft: Eine Nebenfolge der Modernisierung. In: Böschen, S./ Kratzer, N./ May, S. (Hg.), Nebenfolgen. Analysen zur Konstruktion und Transformation moderner Gesellschaften, Weilerswist, Velbrück, 129-184.
Viehöfer, W. 2011. Die Ausweitung der medizinischen Kampfzone. Herrschaft, Autonomie und Autonomisierung der Herrschaft? In: Bonß, W./ Lau, C. (Hg.), Macht und Herrschaft in der reflexiven Moderne, Weilerswist, Velbrück, 175-218.
Vogd, W. 2010. Methodologie und Verfahrensweise der dokumentarischen Methode und ihre Kompatibilität zur Systemtheorie. In: John, R. (Hg.), Die Methodologien des Systems: wie kommt man zum Fall und wie dahinter? Wiesbaden, VS, Verl. für Sozialwiss., 121-140.
Vogd, W./ Saake, I. 2008. Einleitung: Moderne Mythen der Medizin, in: Saake, I./ Vogd, W. (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin, Wiesbaden, 7-36.
Vollmann, J. 2003. Sterbebegleitung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 2. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/relXEvoVYRBk/PDF/21jg7Zjgt2RTc71.pdf
Vollmann, J. et al. 2008. Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik. Stuttgart, Kohlhammer.
Voorhees, J. R., et al. 2014. Discussing Physician-Assisted Dying: Physicians' Experiences in the United States and the Netherlands. The Gerontologist 54.5. 808-817.
Wächtler, C./ Erlemeier, N./ Teising, M. 2008. Alte Menschen und Suizidalität – Entstehungsbedingungen, therapeutische Strategien, Prävention. In: Wolfersdorf/ Bronisch/ Wedler (Hg.), 129-143.
Waldron, J. 2007. Dignity and rank. European Journal of Sociology 48, 201-237.
Waldrop, D.P. 2011. Denying and Defying Death: The Culture of Dying in 21st Century America. The Gerontologist 51, 571-576.
Walter, T. 1994. The revival of death. London, Routledge.
Walter, T. 1996. Facing death without tradition. In: Howarth, G./ Jupp, P.C. (eds.), Contemporary issues in the sociology of death, dying and disposal, Basingstoke, 189-211.
Walter, T. 2012. Why different countries manage death differently: a comparative analysis of modern urban societies. British Journal of Sociology 63, 1, 123-145.
Wasserman, D./ Wasserman, C. (eds.) 2009. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford, Oxford Univ. Press.
Waters, T. 2007. When killing is a crime. Boulder, Lynne Rienner.
Weaver, J.C. 2009. A sadly troubled history. The meanings of suicide in the modern age. Montreal, McGill-Queen's Univ. Press.

Weaver, J./ Wright, D. (eds.) 2009. Histories of suicide. International perspectives on self-destruction in the modern world. Toronto, Univ. of Toronto Press.
Weber, R. 2000. Rechtsethische Aspekte der Frühgeburt am Rande der Lebensfähigkeit. In: Friese, K./ Plath, C./ Briese,V. (Hg.), Frühgeburt und Frühgeborenes: eine interdisziplinäre Aufgabe. Berlin, Springer.
Wedler, H. 2008. Ethische Aspekte der Suizidprävention. In: Wolfersdorf/ Bronisch/ Wedler (Hg.), 311-337.
Wehkamp, K.-H. 1998. Sterben und Töten - Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie. Dortmund, Humanitas.
Wehkamp, K.-H. 2008. Lebensrettung, Sterbehilfe und Ethik. Vortrag beim 5. Internationalen IFF-ÖRK Symposium, Wien.
Wehling, P./ Viehöfer, W./ Keller, R./ Lau, C. 2007. Biologisierung des Sozialen oder neue Biosozialität? Die Erosion alltagsnaher Natur-Gesellschafts-Unterscheidungen und ihre Konsequenzen. Berliner Journal für Soziologie, H. 4, 547-567.
Weicht, B. 2011. Embracing dependency: rethinking (in)dependence in the discourse of care. The Sociological Review 58, 205-224.
Weiß, M.G. 2009a. Die Auflösung der menschlichen Natur. In: ders. (Hg.), 34-54.
Weiß, M.G. (Hg.) 2009b. Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer Reproduzierbarkeit. Frankfurt, Suhrkamp.
Welzer, H. 2008. Klimakriege. Wofür im 21. Jahrhundert getötet wird. Frankft., Fischer.
Welzer, H. 2010. Ökologie des Krieges. Anmerkungen zu einem unterbelichteten Zusammenhang. In: Münkler, H./ Bohlender, M./ Meurer, S. (Hg.), Handeln unter Risiko, Bielefeld, transcript, 107-126.
Welzer, H. 2011. Empört euch – über euch selbst! Der Spiegel 28, 112-113.
Wenger, E./ McDermott, R./ Snyder, W.M. 2002. Cultivating communities of practice. Boston, Harvard Business School Press.
Wersig, G. 2009. Zukunftsentwicklung aus postmoderner Perspektive. In: Popp, R./ Schüll, E. (Hg.), Zukunftsforschung und Zukunftsgestaltung. Berlin, Springer.
Westerlund, M. 2012. The production of pro-suicide content on the internet: A counter-discourse activity. New Media Society 14: 764-780.
Wetz, F.-J. 2008. Menschenwürde und Menschenrechte. In: ders. (Hg.), Kolleg Praktische Philosophie. Bd. 4, Rechte auf Rechte, Stuttgart, Reclam, 52-86.
Wetzstein, V. 2005. Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz. Frankfurt, Campus.
Wetzstein, V. 2006. Alzheimer Demenz – Entstehung eines Krankheitsbegriffs. In: Nationaler Ethikrat (Hg.), Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Berlin, 37-48.
Whitaker, A. 2010. The body as existential midpoint—the aging and dying body of nursing home residents. J. Aging Studies 24, 96-104.
Whooley, O. P. 2003. The Final Stage: The Process of Post-Self Construction and the Politics of Death. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Atlanta.
Wiersma, E./ Dupuis, S. 2010. Becoming institutional bodies: socialization into a long-term care home, Journal of Aging Studies, 24, 278-291.
Wilde, G. 2001. Das Geschlecht des Rechtsstaats. Frankft., Campus.
Wilkening, K./ Kunz, R. 2003. Sterben im Pflegeheim. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
Wilkinson, R.G./ Pickett, K.E. 2008. Das Problem relativer Deprivation: Warum einige Gesellschaften erfolgreicher sind als andere. In: Bauer/ Bittlingmayer/ Richter, 59-86
Wilkinson, R.G./ Pickett, K.E. 2009. Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin, Tolkemitt.
Will, R. 2007. Für die Legalisierung von Sterbehilfe und Patientenverfügung. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), 15-20.
Williams, A. et al. 2012. Editorial: When is it our time to die? Journal of Clinical Nursing, 22, 1–3.
Williams, B./ Woodby , L./ Drentea, P. 2010. Ethical capital: ‘What’s a poor man got to leave?’ Soc. Health & Illness 32, 880-897.
Williams, N. et al. 2007. Public attitudes to life-sustaining treatments and euthanasia in dementia. International journal of geriatric psychiatry, 22, 12, 1229-1234.
Wils, J.-P. 2007. Ars moriendi. Über das Sterben, Frankfurt, Insel.
Wils, J.-P. 2010. Sterbehilfe – philosophisch. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler, 238-242.
Wingert, L. 2010. Ab in die Dienerschule. Die Zeit, 7. 1. 2010, 40.
Winkel, H. 2005. Selbstbestimmt sterben. Patient(innen)orientierung und ganzheitliche Schmerztherapie als Kommunikationskoordinaten in der Hospizarbeit - Eine systemtheoretische Perspektive. In: Knoblauch/ Zingerle (Hg.) Thanatosoziologie. Berlin, Dunker & Humblodt, 169-188.
Winkler, J. 2008. Den Willen des Patienten respektieren, ohne die Grenzen zur aktiven Sterbehilfe zu verletzen oder zu verwischen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), 32-36.
Winter, L./ Parks, S.M./ Diamond, J.J. 2010. Ask a different question, get a different answer: why living wills are poor guides to care preferences at the end of life. J. Palliat. Med. 13, 5, 1-5.

Wissing, H. 2006. Intellektuelle Grenzgänge: Pierre Bourdieu und Ulrich Beck zwischen Wissenschaft und Politik. Wiesbaden, VS Verl. für Sozialwiss.
Wittkowski, J. 2009. Das Verlangen nach dem eigenen Tod: Bedingungen seines Auftretens, seine Motive und die Frage seiner Gültigkeit. Würzburg. http://www.eaberlin.de/0709_Wittkowski.pdf
Wittkowski, J. 2011. Sterben – Ende ohne Anfang? In: Wittkowski/ Strenge/ Lenzen, 29-104.
Wittkowski, J./ Schröder, C. 2008. Betreuung am Lebensende: Strukturierung des Merkmalsbereichs und ausgewählte empirische Befunde. In: dies. (Hg.), Angemessene Betreuung am Ende des Lebens, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1-51.
Wittkowski, J./ Strenge, H./ Lenzen, W. 2011. Warum der Tod kein Sterben kennt. Neue Einsichten zu unserer Lebenszeit. Darmstadt, WBG.
Wittwer, H. 2003. Selbsttötung als philosophisches Problem: Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Paderborn, Mentis.
Wittwer, H. 2004. Die Eigenart der philosophischen Beschäftigung mit dem Suizid. In: Kappert/ Gerisch/ Fiedler, 67-82.
Wittwer, H. 2009. Philosophie des Todes. Stuttgart, Reclam.
Wittwer, H. 2013. The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician-assisted suicide. International journal of law and psychiatry 36.5, 419-426.
Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.). 2010. Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler.
Wodarg, W. 2008. Die Debatte zur Sterbehilfe als Chance für eine neue Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Robertson-von Trotha (Hg.), 75-81.
Wolf, S.M. 1996. Gender, feminism and death. Physician-assisted suicide and euthanasia. In: Wolf, S.M. (ed.), Feminism and bioethics: beyond reproduction. New York, Oxford Univ. Press, 282-317.
Wolfersdorf, M. 2007. Suizid aus klinischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. In: Schlimme (Hg.), 17-28.
Wolfersdorf, M./ Bronisch, T./ Wedler, H. (Hg.) 2008. Suizidalität. Verstehen – Vorbeugen – Behandeln. Regensburg, Roderer.
Wolfersdorf, M./ Etzersdorfer, E. 2011. Suizid und Suizidprävention. Stuttgart, Kohlhammer.
Wolfersdorf, M./ Mauerer, C./ Schüler, M. 2009. Suizidalität. In: Mahlberg/ Gutzmann (Hg.), 315-320.
Woods, P.A. 2009. Rationalisation, disenchantment and re-enchantment: engaging with Weber's sociology of modernity. In: Michael W. Apple, Stephen J. Ball, Luis Armando Gandin (eds.), The Routledge International Handbook of the Sociology of Education, 121-131.
Worchel, D./ Gearing, R.E. 2010. Suicide Assessment and Treatment: Empirical and Evidence-Based Practices. New York, Springer.
Worpole, K. 2010. Making hospice space. In: Hockey, J./ Komaromy, C./ Woodthorpe, K. (eds.), The matter of death. Bassingstoke, Palgrave, 35-51.
Wray, M./ Colen, C. / Pescosolido. B. 2011. The Sociology of Suicide. Ann. Rev. Sociol. 37:505–528.
Wuermeling, H.-B. 2010. Todesursachen. In: Wittwer, H./ Schäfer, D./ Frewer, A. (Hg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart, Metzler, 109-113.
Wunder, M. 2008. Demenz und Selbstbestimmung. Ethik Med. 20, 17-25.
Wunder, M. 2012. Ärztliche Suizidbeihilfe – das ethische Dilemma der Assistenz. In: Anderheiden, M./ Eckart, W.U. (Hg.) Handbuch Sterben und Menschenwürde, 2. Bd. Berlin, de Gruyter, 1055-1074.
Yang, B./ Lester, D. 2011. The Presentation of the Self: A Hypothesis about Suicide Notes. Suicidology Online 2:75-79.
Yonnet, P. 2006. Le Recul de la mort, t. I, L'Avènement de l'indivu contemporain. Paris, Gallimard.
Young, R. 2007. Medically assisted death. Cambridge, Cambridge Univ. Press.
Yur'yev, A. 2011. Some aspects of social exclusion: Do they influence suicide mortality? Int J Soc Psychiatry 58, 1.
Zehender, L. 2005. Die Angst vor dem geistigen Verfall im Alter. In: Sittner, E. (Hg.), Demenz – eine Herausforderung für Pflege und Betreuung. Wien, Facultas.
Zhang, J./ Xiao, S./ Zhou, L. 2010. Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study. Am J Psychiatry 167, 773-781.
Zheng, H. 2012. Do People Die from Income Inequality of A Decade Ago? Social Science & Medicine. Online.
Zieger, A. 2004. Informationen und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten und Menschen im Koma und Wachkoma (sog. Apallisches Syndrom), 9. Aufiage. Oldenburg: Eigenvetlag.
Zieger, A. 2007. Menschen im Wachkoma – Mythos und Lebenswirklichkeit. In: Graumann, S./ Grüber, K. (Hg.), Grenzen des Lebens. Münster, LIT, 105-120.
Ziegler, J. 2003. Die neuen Herrscher der Welt und ihre globalen Widersacher. München, Bertelsmann.
Ziegler, J. 2012. Wir lassen sie verhungern. Die Massenvernichtung in der Dritten Welt. 3. Aufl. münchen, Bertelsmann.
Ziervogel, A. 2003. Die Effektivität von Fortbildungen für Altenpflegekräfte zum Thema „Depression und Suizidalität". Diss. Univ. München.

Zimmermann, C. 2012. Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature, Social Science & Medicine, 75, 1, 217–224.
Zimmermann-Acklin, M. 2008. Mit Helium in den Tod? Zur Diskussion um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Ethik Med 20, 83-85.
Zimmermann-Acklin, M./ Halter, H. (Hg.) 2007. Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel, EMH.

Prof. Dr. Klaus Feldmann
www.feldmann-k.de